

# 所沢市介護保険利用者負担助成金振込口座登録用紙

( 新規 ・ 変更 )

年 月 日

被保険者氏名

㊞

(委任のみ)

住 所

電 話 番 号

被保険者番号

助成金振込口座を下記の口座で登録します。

金融機関名				支店名				預金種目			
銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所				普通		当座	
								貯蓄		その他	
金融機関コード				支店コード							
口座番号				口座名義				口座名義カナ			

※助成金振込口座名義が被保険者と異なる場合は、下記もご記入ください。  
(助成金振込口座名義が被保険者と同じ場合は、記入する必要はありません。)

助成金受給に係る権限を下記の者に委任します。

口座名義人氏名

㊞

被保険者との関係

(委任のみ)

住所

電話番号