介護保険給付関係申出書

　介護保険居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の支給申請に伴い、給付費の振込をお願いしましたが、口座がありませんので、下記の者の口座に振り込んでいただきますよう申し出いたします。

記

　　　申出者との続柄

　　　口座名義人住所

　　　　　　　　氏名

小　林　市　長　　様

令和　　　年　　　月　　　日

　申出者住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（署名または記名押印）