

# 口座振込先変更申出書

令和 年 月 日

市川市会計管理者

(申出人)

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

被保険者 \_\_\_\_\_ 死亡（令和 年 月 日）のため、先の  
介護保険給付申請で指定した口座振込先を下記のとおり変更してください。

	1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合 4. 農業協同組合		1. 本店 2. 支店 3. 出張所
金融機関コード		店舗コード	
種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		
口座番号		フリガナ	
.....		口座 名義人	.....