

変更

利用者負担額助成金の受領委任払い変更届出書

年 月 日


越谷市長 宛

私は、越谷市介護保険利用者負担助成に関する協定書に基づく利用者負担額助成金の受領委任払い登録情報について、下記のように変更を依頼します。

(変更点以外も全て記入すること)

変更点

- ・ 申請者
- ・ 振込先
- ・ 登録事業所情報()

| | | | | | |
|------------|------|------|------|------|---|
| 申請者 | | フリガナ | | 代表者印 | |
| 法人名 | | | | |  協定書と同一印のこと |
| 代表者 | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ | |
| | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ |
| | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ |
| 〒 | - | 電話番号 | | FAX | |
| 住所 | | | | | |

| | | | | | |
|-----|---------|-------|-----|-----------------------------|--|
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 種 目 | 口座番号 (右づめで記入) | |
| | 銀行 | 本店 | | 1. 普通 2. 当座 9. その他() | |
| | 信用金庫 | 支店 | | | |
| | 農協 | 出張所 | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------|------|-----------|------|-------|-------|
| 登録事業所 ※1 | | フリガナ | | 事業所番号 | |
| 事業所名 | | | | | |
| 〒 | - | 電話番号 | | FAX | |
| 住所 | | | | | |
| 事業所の管理者 | フリガナ | 変更年月日 ※ 2 | | | |
| | フリガナ | フリガナ | フリガナ | フリガナ | 年 月 日 |
| 変更内容 | 変更前 | | | 変更後 | |
| | | | | | |

※ 1 協定の締結は事業所番号ごとに必要です。

※ 2 今回の変更を適用する年月日をご記入ください。例:事業所の住所を変更したのが令和元年4月1日の場合、令和元年4月1日
令和2年4月1日から新しい口座に振り込みを依頼したい場合、令和2年4月1日