第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険高額医療合算介護（予防）サービス費口座振込不能通知書**

**固定文言１＋編集１**

　先に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費について、口座振込することができませんでした。

以下の振込口座をご確認いただくか、振り込みできる口座を問合せ先までご連絡ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計算対象期間 | ～ | | |
| 申請年月日 |  | 決定年月日 |  |
| 給付の種類 |  | 支給予定額 |  |
| 振込できなかった理由 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関 |  | | |
|  | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |