

介護保険高額介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2 5 2 1 2 2					
		被保険者番号							
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		個人番号					
				性別 男・女					
住 所		〒 -		電話番号 -					
		氏 名		生 年 月 日		性別		介護保険の被保険者の場合 被保険者番号	
世帯構成	世帯主			明・大・昭 年 月 日		男・女			
	世帯員			明・大・昭 年 月 日		男・女			
				明・大・昭 年 月 日		男・女			
				明・大・昭 年 月 日		男・女			
<p>高島市長 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 - 住所 電話番号 -</p> <p>申請者氏名 回 続柄（ ）</p>									

注意・今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
・給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護（介護予防）サービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 組合		本店 支店 出張所 代理店		種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード		店舗コード			1 普通預金			
					2 当座預金				
					3 その他				
フリガナ									
口座名義人									

委任状	私は_____を代理人と定め、次の権限を委任します。 年 月 日							
	<input type="checkbox"/> 高額介護(介護予防)サービス費等の支給申請				<input type="checkbox"/> 高額介護(介護予防)サービス費等の受領			
	(委任するものに☑)		委任者	氏名	回			
			(被保険者)	住所	_____			
		代理人	氏名	回 続柄（ ）				
			住所	_____				

市記入欄

区 分	世帯集約番号	納付制限状況	保険料滞納確認	対象年月	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合		年 月	