

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	
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	
	世帯員			明・大・昭 年 月 日	
				明・大・昭 年 月 日	
				明・大・昭 年 月 日	
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。 年 月 日 〒 - 住所 電話番号 - 申請者氏名 回 続柄（ ）					

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	