

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		〒 - 番地		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	
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 申請者氏名					

申請者と振込先の口座名義人が本人でない場合は、委任状欄に記名押印してください。

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				

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 平成 年 月 日

高額介護(介護予防)サービス費等の支給申請 → 高額介護(介護予防)サービス費等の受領

委任者 (被保険者) 氏名 _____ (印鑑)

住所 _____

代理人 氏名 _____ (印鑑)

住所 _____

それぞれの印鑑で押印してください。

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	

今回の支給申請以降、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。振込先口座を変更される場合は改めて申請してください。