

【記入例】

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

介護サービスを利用された方の
①個人番号
（マイナンバー）
②氏名（フリガナ）
③被保険者番号
④生年月日
⑤性別
⑥住所
⑦電話番号
を記入してください。

同居されている家族（本人も含める）の
①氏名
②生年月日
③性別
を記入してください。

提出される日付を
記入してください。

高額介護サービス費の振込先を記入してください。
①金融機関名及び支店名
②口座種目
③口座番号
④口座名義人（フリガナと漢字）
※利用者本人名義の預金口座を記入してください。

		個人番号				
フリガナ		被保険者氏名		保険者番号 282160		
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性別 男・女		
住所 (住民登録と異なる所に住んでいる場合に記入)		〒		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		男・女			
	世帯員 (40歳以上の方のみ記入)		男・女			
			男・女			
			男・女			
高砂市長様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請しますので、下記金融機関の預金口座に振替されたく依頼します。						
		年 月 日				
		住所（住民登録をしている住所）				
申請者 (被保険者)		高砂市 氏名		電話番号 () -		
届出者 氏名		電話番号 () -		(続柄:)		
口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
					1 普通預金	
					2 当座預金	
				3 その他		
		フリガナ 口座名義人 (被保険者)				

利用された方の住所及び氏名、電話番号を記入し、印鑑を押してください。

利用された方以外の方が提出された場合はその方の氏名と続柄を記入してください。

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）サービス費の支給ができない場合があります。
- ・口座振替依頼欄の口座名義人と被保険者の氏名が異なる場合、裏面の委任状に記入してください。

表面の「口座振替依頼欄」の口座名義人と被保険者の氏名が異なる場合は、
委任状にも記入してください】

委 任 状

私_____は、下記の者を代理人と定め
_____高額介護サービス費_____の受領の権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所 _____
(被保険者) 氏名 _____

代理者 住所 _____
氏名 _____
続柄 _____