

**介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書**

				個人番号															
フリガナ						保険者番号		282160											
被保険者氏名						被保険者番号													
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														
<p>高砂市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（住民登録をしている住所）</p> <p>申請者 高砂市 (被保険者) 氏名</p> <p>電話番号 ( ) -</p> <p>届出者 氏名</p> <p>電話番号 ( ) -</p> <p>(続柄: )</p>																			
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		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 (被保険者)																	

- 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。

# 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 \_\_\_\_\_