**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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | ２８２１６０ |
|  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　高砂市（被保険者）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 | 口　座　番　号 |
| １ 普通預金２ 当座預金３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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