

表面

高額介護（介護予防）サービス費 兼  
高額介護予防サービス費相当事業

支給申請書

フリガナ		保険者番号	2 8 2 1 6 0			
被保険者氏名		個人番号				
		被保険者番号				
生年月日	年 月 日					
住所	〒 電話番号 ( ) -					
<p>高砂市長 様</p> <p>下記のとおり高額介護（介護予防）サービス費および高額介護予防サービス費相当事業（以下、「高額介護サービス費等」という。）の支給を申請します。</p> <p>今後、高額介護サービス費等の支給が発生した場合は、下記の口座に振込をお願いします。また、過誤調整が発生した場合には、以降の高額介護サービス費等で相殺することに同意します。</p> <p>申請年月日 年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 (住民登録をしている住所) 高砂市</p> <p>※被保険者が死亡の場合は相続人 氏名 (自署または記名・押印) 電話番号 ( ) -</p> <p>届出者 (この申請書を提出する人) 氏名 (自署または記名・押印) 電話番号 ( ) -</p> <p>(続柄: )</p>						

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

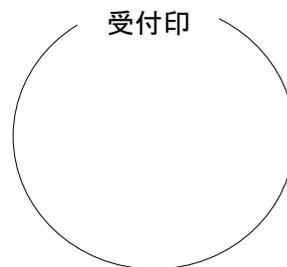
- 振込口座は原則被保険者本人の口座に限ります。
- 被保険者以外の口座の場合、別途委任状の提出が必要のため、介護保険課までご連絡ください。
- 被保険者本人が死亡の場合は、相続人名義の口座をご記入いただき、裏面の誓約書をご記入ください。また、被保険者と相続人の間の相続関係が分かる書類を添付してください。

口座振込 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			

注意

- ・ 給付制限を受けている人、保険料の未納がある人については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。
- ・ 次回以降の高額介護サービス費等の支給申請は原則不要です。
- ・ 被保険者の成年後見人、保佐人、あるいは補助人（以下、「成年後見人等」という。）が申請する場合、これを証明する書類（登記事項証明書等）および成年後見人等の身分証明書（顔写真付き）の写しを必ず添付してください。

受付印



裏 面

## 誓 約 書

高 砂 市 長      様

下記のとおり高額介護サービス費等については、被保険者の\_\_\_\_\_が死亡したため、相続人全員を代表し、\_\_\_\_\_が受領します。

他の相続人から異議の申し出があったときには、私の責任において解決し、高砂市には一切迷惑をかけないことを誓約します。

誓約年月日 \_\_\_\_\_ 年    月    日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (自署または記名・押印)

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

※この誓約書に、被保険者と相続人の間の相続関係が分かる書類を添付してください。