

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ			保険者番号		4	3	2	1	5	3	
	氏 名			被保険者 番号								
				個人 番号								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒										
電話番号												
<p>天草市長 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>												

- (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。口座を変更した場合は介護保険担当課へ届け出てください。
- 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。

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考	受 付
単 独 合 算		<input type="checkbox"/> 給付減額 <input type="checkbox"/> 支払方法変更 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 口座登録 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 負担段階 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 高額処理 <input type="checkbox"/> 高額変更 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当

<p>※この欄は「被保険者ご本人名義以外」の口座に振り込みを希望する場合にのみ記入してください。</p> <p style="text-align: center;">口座振込に関する委任状</p> <p>私が天草市から支払いを受ける高額介護サービス費について、下記の預金口座に振り込みをすることを委任します。</p>		<p>※この欄は申請者が相続人の場合にのみ記入してください。</p> <p style="text-align: center;">相続人による受領申立</p> <p>被保険者の死亡により、それ以降に支払われる高額介護サービス費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、天草市には一切ご迷惑をおかけしません。</p>	
委任者	住所	相続人	住所
	氏名 ㊞		氏名 ㊞
受任者	住所	被相続人（被保険者）から見た続柄	
	氏名 ㊞ (続柄：)	電話番号 () -	
	電話番号 () -		

振込口座届出欄			
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 その他	本店 支店 出張所 支所
	口座情報	預金種目	口座番号
		普通・当座・その他	
	口座情報 (ゆうちょ銀行の場合)	記号	番号
口座名義人	(フリガナ)		