

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 電話番号</p> <p style="text-align: center;">印</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ません場合があります。

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

委 任 状

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

令和 年 月 日に請求した高額介護（介護予防）サービス費の受領に関すること。

被保険者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印

※ 「被保険者ご本人名義以外の口座」に振り込みをご希望される場合は、委任状に記載してください。

振 込 口 座 届 出 欄

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)		