

介護保険高額介護 (予防) サービス費支給申請書

令和 年 月分

フリガナ			保険者番号			3	5	2	0	1	3
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日			個人番号								
住所			電話番号								
本人支払額											
備考											
		氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合							
				被保険者番号							
				個人番号							
世帯構成	世帯主										
	世帯員										
下関市長様 前のおり高額介護 (予防) サービス費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 電話番号 氏名 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。											

- 注意
- ・申請者欄については、申請者 (被保険者若しくは相続人) 以外の方が記入される場合は、代理申請者の住所・氏名・連絡先を記入してください。
 - ・給付制限を受けている方については、高額介護 (予防) サービス費の支給ができない場合があります。
 - ・振込口座を変更する場合は変更届のほか、委任状が必要となる場合があります。
 - ・被保険者がお亡くなりになった場合は、相続人への振り込みとなりますので、相続書が必要となります。

高額介護 (予防) サービス費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出も不要になります。											
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目				口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()									
	ゆうちょ銀行	記号					番号					
	フリガナ											
	口座名義人											

市 (町村) 記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合 割	