

介護保険高額介護（予防）サービス支給申請書

（ 年 月分）

		個人番号											
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		312033									
		被保険者番号											
生年月日		年 月 日生		性別									
住所		〒 ー		電話番号		ー							
		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					
								個人番号					
世帯構成	世帯主												
	世帯員												
様													
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。													
年 月 日													
住所 電話番号													
申請者 氏名 印													

- 注意
- ・ 今回の支給以降、高額介護（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。
 - ・ 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。
 - ・ 本申請書に該当月に支払った介護サービス等に係る領収書を添付してください。

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。

口座振替 依頼欄					種 目		口座番号					
	金融機関コード		店舗コード									
	フリガナ											
	口座名義人											

身元確認 運転免許証 介護保険証 負担割合証 医療保険証 介護支援専門員証
その他（ ）

代理権 介護保険証 医療保険証 戸籍 委任状 その他（ ）

個人番号 個人カード 通知カード 住民票 システム

※領収書の添付が困難な場合

同意書

介護保険料高額介護（予防）サービス費の支給申請のために、私の介護サービス費の支払状況を、貴市が介護保険事業所に照会することに同意します。

また、貴市の照会することについて、私が同意している旨を介護保険事業所に伝えて構いません。

年 月 日

住所

氏名

印

(あて先) 倉吉市長

※申請者以外の口座に振り込む場合

高額介護（予防）サービス費の受領に係る委任証書	
委任する事項	被保険者_____の高額介護（予防） サービス費の受領に関する一切の権限。
委任者 (申請者名)	住所 氏名 印
受任者	住所 氏名 印
委任年月日	年 月 日