

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  
兼口座振込依頼書

申請日	令和 年 月 日	保険者番号	0	7	2	0	1	7	
フリガナ	被保険者番号								
被保険者氏名 (申請者)	(印)	個人番号							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 ー 電話番号 ( )								
福島市長 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。 (窓口に来た人) 住所 _____ 申請書提出者 氏名 _____ 電話番号 ( ) 被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族(続柄: _____ ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他( _____ )									

注意

- ・今回の申請で高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合は、次回以降の申請手続は不要となります。その場合には、今回申請された指定口座に支給金を振り込みます。
- ・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。

○高額介護(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。

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店・支所 出張所	種別	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金					
	フリガナ							
	口座名義人							

委任状(※口座名義人が被保険者本人の場合記載は不要。)

令和 年 月 日に申請した、高額介護(介護予防)サービス費の受領に関して下記の者に委任します。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

受任者 住所 \_\_\_\_\_ 申請者との関係 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 電話番号 ( )

※市記入欄

区分	データ入力	審査	担当者	備考
1 単独    2 合算				