

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)								
		個 人 番 号						
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日							
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 _____ 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				