

介護保険高額介護（予防）サービス費等支給申請書

（新規・変更）

代理 申 請 者	本人申請の場合記載不要		委 任 状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)	
	住 所：			被保険者	
	電話番号： ()			本人氏名	
	氏 名：			(本人自署の場合は押印不要)	
		(本人との関係：)			

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日								
住 所	〒								
	電話番号 ()								
(あて先) 甲 府 市 長 年 月 日 上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 高額介護(予防)サービス費は、下記の口座に振り込んでください。 なお、支給決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。 また、今後支給される高額介護(予防)サービス費について、負担区分の変更、介護給付費明細等による過誤調整により返還金が生じた場合は、翌月以降に支給される高額介護(予防)サービス費の全部又は一部をこれに充てることを承諾します。									

注意・今回の申請以降、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。
・この申請以降の高額介護(予防)サービス費は、今回申請した指定口座に振り込まれます。
・給付額の減額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。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行		本店		種 目		口 座 番 号	
	信用金庫		支店		1 普通預金			
	信用組合		出張所		2 当座預金			
	農協		支所		フリガナ			
	金融機関 コード		店 舗 コード		(被保険者) 口座名義人			

※本人以外の口座に振込みを希望する方は、以下を記入してください。

委 任 状	私に支払われる高額介護（予防）サービス費等については、下記の者にその受領に係る権限を委任します。	
	○委任される者(口座名義人) 住所	
	氏名	本人との関係()
	○委任する者(被保険者) 氏名	
		(印)

受付	入力