

記入例

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

		個人番号											
フリガナ 被保険者氏名	アガノ ハナコ 阿賀野 花子	保険者番号		1 5 2 2 3 1									
		被保険者番号		0 0 1 2 3 4 5 6 7 8									
生年月日	昭和12年 3月 4日												
住 所	阿賀野市岡山町10-15 電話番号 0250-62-2510												
世帯構成	世帯主	阿賀野 太郎	昭和11年1月1日	介護保険の被保険者の場合									
				被保険者番号									
	世帯員	阿賀野 花子	昭和12年3月4日	個人番号									
				0 0 1 2 3 4 5 6 7 8									
世帯構成欄には、本人含め同居の方で介護保険を利用している方のみ、記載ください。 ※不明な情報がある場合は、こちらで確認しますので、記入不要です。													
阿賀野市長 様 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を受けることとします。 令和 ○年 ○月 ○日 住 所 阿賀野市岡山町10-15 電話番号 申請者 阿賀野 花子 電話番号 0250-62-2510 対象の被保険者の住所氏名を記入してください。 ※対象の被保険者が死亡している場合は、相続人の住所氏名等を記入してください。													

注意 ・世帯員の欄には、同居の方で介護保険を利用している方のみ、記載ください。
・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。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費を受給できない場合があります。

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。

口座振込 依頼欄	〇〇〇〇 銀行	△△ 本店	種 目	口 座 番 号								
	信用金庫 信用組合 農協	支店 出張所 支所										
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2. 当座預金	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ		アガノ ハナコ									
口座名義人		阿賀野 太郎		希望する振込先の口座情報を記入してください。 ※対象の被保険者が死亡している場合は、「委任状」欄は記入不要です。								
委任状	*本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 高額介護（予防）サービス費の受領を下記の者に委任します。 令和 ○年 ○月 ○日 住 所 阿賀野市岡山町10-15 受 託 者 (口座名義人) 氏名 阿賀野 太郎 委託者(本人) 阿賀野 花子											

阿賀野市記入欄

区 分	世帯集約番号	記入不要									
1 単独 2 合算											