

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
	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
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
（あて先）市原市長 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印			

注意・今回の支給以降、高額介護（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（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。

口座振替 依頼書		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号							
				1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
			金融機関コード	店舗コード								
			フガナ									
			口座名義人									

※口座振替と被保険者が異なる場合は、委任状が必要になります。

委 任 状

（あて先）市原市長

委任者（被保険者） 住所

氏名 印

私は、介護保険の高額介護（介護予防）サービス費の受領を下記の者に委任します。

受任者（口座名義人） 住所

氏名 印

市記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)