

記 載 例

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

○ 年 ○ 月

| | | | | | |
|---|--------------------|--------|-------------|------------------------|--|
| フリガナ | タカオカ イチロウ | | 保険者番号 | 162024 | |
| 被保険者氏名 | 高岡 一朗 | | 被保険者番号 | 00XXXXXXXXXX | |
| 生年月日 | 昭和20年1月21日 | | 個人番号 | XXXXXXXXXXXXXX | |
| 住 所 | 高岡市広小路7番50号 | | 電話番号 | 0766-xx-xxxx | |
| 該当月分の支払額合計 | ○○○○ 円 | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 | 氏名 | 生年月日 | 介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 | |
| | 世帯員 | 高岡 一朗 | 昭和20年1月21日 | 00XXXXXXXXXX | |
| | | 高岡 花子 | 昭和23年10月10日 | 00△△△△△△△△ | |
| | | 高岡 太郎 | 昭和46年5月16日 | | |
| | | 高岡 よし子 | 昭和49年8月9日 | | |
| 高岡市長あて 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 ○年 ○月 ○日 住 所 高岡市広小路7番50号 電話番号 0766-xx-xxxx 申請者 氏 名 高岡 一朗 | | | | | |

介護保険被保険者証をお持ちの方は10桁の番号を記入してください。

申請者は利用者本人が原則です。利用者本人が亡くなっている場合は、相続人のお名前を記入してください。

注意 ・ 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。
 ・ 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。

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 依頼欄 | ○○ | ×× | 種 目 | 口座番号 |
| | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | ① 普通預金 ② 当座預金 ③ その他 | △△△△△△△△ |
| | ○○○○ | ××× | | |
| | フリガナ | タカオカ イチロウ | | |
| 口座名義人 | 高岡 一朗 | | | |
| <input type="checkbox"/> 公的給付支給等口座を利用します | | | | |

口座名義人は利用者本人が原則です。利用者本人が亡くなっている場合は、相続人の口座を記入してください。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は、☑してください。☑した場合、上記の口座は記入不要です。

市（町村）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 | | | 有・無 給付割合 | |
| 2 合算 | | | | |