

高額介護サービス費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	0 1 4 0 8 4
	被保険者番号	
	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別 男・女
住所	〒 ー TEL ー	

		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		年 月 日		
	世帯員		年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

余市町長様

上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。なお、今後高額介護サービス費等支給のため、私及び世帯全員の所得状況等につき町長が税務当局に報告を求めることに同意いたします。

平成 年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号 () ー

印

注意・給付制限を受けている方については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

・今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給された場合、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。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。振込み口座が本人以外の方は裏面を記入して下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 本所 支所	種 目	口 座 番 号
				1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	フリガナ 口座名義人			

※上記の申請に基づく高額介護サービス費等の支給額は下記の調書のとおりである。

審査決定額調書

給付制限	
世帯合算	
負担区分	
備考	

(裏面)

(委任状)

私は、 _____ を代理人として定め、次の権限を委託する。
高額介護サービス費等の給付の受領に関すること。

被保険者の住所

被保険者の氏名

_____ (印)

代理人の住所

代理人の氏名

_____ (印)