

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ			保険者番号			4	0	2	1	9	8
氏 名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)								
住 所	〒										
	電話番号										
	氏 名		生年月日		介護保険の被保険者番号						
世帯構成	同一世帯で要介護認定を受け、介護サービスを利用している者			・ ・							
				・ ・							
				・ ・							
利用者負担減免状況 ※減免を受けている場合はご記入ください。											
☐ 社会福祉法人等による減免 ☐ 介護保険サービス利用者負担額助成金 ☐ 社会福祉法第2条第3項第10号に規定する無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業による減免 ☐ その他:原爆一般疾病医療費の支給等 ()											
大 野 城 市 長 様 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。 サービス費支払いのため必要な課税状況については、地方税法に基づく課税台帳により確認される事を承諾します。 また、高額介護（予防）サービス費の支給を受けた後、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護（予防）サービス費で相殺し調整することに同意します。 年 月 日 被保険者本人氏名 (または相続人) ⑩											
※代理申請、提出代行の場合のみご記入ください。											
申請者	代理人 または 申請代行者 (事業者名)	住所					電話番号				
		氏名					本人との続柄				

《注意》 ・領収書の添付は原則不要ですが、利用料減免などの場合は、領収書の添付を求めることがあります。
 ・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 依頼欄	銀行 農協 信用金庫		本 店 支 店 出張所		種 目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通						
					2. 当座						
					3. その他						
	フリガナ										
口座名義人											

※口座名義人が被保険者と違う方は裏面（委任状）も忘れずに記入してください。

※保険者記入欄※

保険料納付状況	給付制限状況	減免	無低老健
滞納: ☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有

確認	入力	入力確認

委 任 状

大野城市長 様

委任をした人（被保険者）

住所

氏名

印

私は、介護保険高額介護（予防）サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任を受けた人

被保険者との続柄

住所

氏名

電話番号