

介護保険 高額介護（予防）サービス費・高額総合事業サービス費支給申請書

令和 年 月分

被保険者番号										保険者番号	3	3	2	1	4	8	
個人番号										生年月日	明・大・昭 年 月 日						
フリガナ										性別	男 ・ 女						
被保険者氏名																	
住所	〒 ー																
同一世帯の要介護被保険者等	氏名	生年月日				性別	上段：介護保険被保険者番号										
							下段：マイナンバー（個人番号）										
真庭市長 様																	
上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。 また、支給を受けた高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給額に調整すべき差額が生じた場合は、差額の確定以降に支給される高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費で相殺することに同意します。																	
令和 年 月 日																	
申請者 住所 (被保険者本人)																	
氏名 電話番号 () ー																	

注意 1 今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業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、支給金額は今回指定した口座に振り込まれます。

2 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・高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費・高額総合事業サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号													
			1 普通預金 2 当座預金														
	ゆうちょ銀行	通帳記号				通帳番号(右詰めで記入)											
	フリガナ																
	口座名義人																

申請者と口座名義人が異なるときは下記の委任欄に記入してください。

委任欄	私は、次の者に高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の受領に関する権限を委任します。																
	受任者 住所 (口座名義人)																
	氏名 印	委任者 氏名 印 (被保険者本人)															

保険者 確認欄	提出	☐ 本人 ☐ 代理 ☐ 郵送	代理権の確認	☐ 介護保険証 ☐ 委任状 ☐ 書面 ()
	身元確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他 ()		
	個人番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 番号提供承認書 ☐ その他 ()		