

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ				個人番号				
被保険者氏名				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		
				年 月 日		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			
(あて先) 那珂川市長								
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。								
年 月 日								
住所								
申請者				電話番号				
氏名								

注意・今回の支給以降、高額介護(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(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(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								
ゆうちょ銀行以外	銀行 農業協同組合		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普通預金 2当座預金 3その他			
ゆうちょ銀行	記号				番号			
フリガナ								
口座名義人								
<p>※被保険者本人名義ではない口座を指定する場合は、被保険者の委任が必要です。</p> <p>委任を受けた人 住所</p> <p>氏名 電話番号</p> <p>私は高額介護(予防)サービス費受領に関する一切の権限を上記の者に委任します。</p> <p>委任をする人 住所</p> <p>氏名</p>								