

介護保険高額介護(介護予防)サービス費等支給申請書

フリガナ		保険者番号	2 8 2 1 0 3			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	大・昭 年 月 日	個人番号				
住所	〒	電話番号	() -			
<p>加古川市長様</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業(以下「高額介護サービス費等」という。)の支給を申請します。</p> <p>今後、高額介護サービス費等が発生した場合は、下記の口座に振込をお願いします。</p> <p>又、過誤調整が発生した場合には、以降の高額介護サービス費等で相殺することに同意します。</p> <p>なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 (被保険者) (自署又は記名・押印) 氏名 _____ 電話 () - _____</p> <p>(被保険者が死亡されている場合は相続人)</p>						

注意・今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、手続きは不要となります。また、支給金額は以前に高額介護サービス費等の受取口座が登録されていた場合も、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、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	種 目	口座番号(右づめ)					
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄						
	フリガナ								
口座名義人									

※振込口座は原則ご本人様の口座に限ります。
被保険者の方以外の口座の場合、委任状または申立書(被保険者が死亡の場合)が必要となりますのでご連絡ください。

受付印

事務処理欄

口座入力 (高額口座)	R . .	担当	
口座入力 (総合事業口座)	R . .	担当	
入力チェック	R . .	担当	

