

# 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

## 《 受領委任専用 》

年 月 提出 ( 要支援 , 要介護 )

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	苫小牧市	0	1	2	1	3	8
		被保険者番号	0	0	0	0			
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
被保険者住所	〒 電話番号								
入所施設	〒 電話番号							受領委任開始年月	
								年 月	
苫小牧市長 様 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。 年 月 日 住所 苫小牧市 町 丁目 番 号 申請者 氏 名									

注意 ・今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは一覧表のみ提出いただくこととなります。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。(平成17年10月提供分以降)

・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。

受領委任	上記申請に係わる高額介護サービス費の受領の権限を次の者に委任します。	
	年 月 日	住所
	委任者(申請者)	氏名
		所在地
	受任者(介護保健施設)名称	代表者

上記の高額介護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 信用金庫 信用組合	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					
	フリガナ								
	口座名義人								

※苫小牧市記載欄 (カート確認・職権記載)

確認日	区分	給付制限状況	世帯課税/非課税	高齢福祉年金	受付印
・	□単独 □合算	有・無	課・非	有・無	
・	□単独 □合算	有・無	課・非	有・無	