

## 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ				被保険者番号												
被保険者氏名				個人番号												
生年月日		明・大・昭		年				月				日生				
住所		〒						電話番号						( )		
		氏名		生年月日		性別		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															
	世帯員															
<p>三原市長 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。                  年 月 日                  住所                  申請者 電話番号 ( )                  氏名 印</p> <p style="text-align: center;">※本人が手書きをした場合は、押印不要です。</p>																

- 注意
- ・ この申請に基づき、今後、あなたに高額介護（介護予防）サービス費の支給がある場合は、自動的に、申請書等で指定した口座に振り込みます。
  - ・ 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		フリガナ													
		口座名義人													
ゆうちょ		記号		番号		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 営業所		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座番号			

・ 口座は、金融機関かゆうちょ銀行どちらか一つを選択して下さい。

※被保険者氏名と口座名義人氏名が違う場合、記入して下さい。

委任状			
住所	三原市		町 丁目
		番	番地 号
被保険者氏名			印
※本人が手書きをした場合は、押印不要です。 私の高額介護（介護予防）サービス費の受領を、上記の口座名義人に委任します。			