

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

		個人番号																	
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																
			被保険者番号																
生年月日	年 月 日生																		
住所																			
<p>大村市長様</p> <p>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。          なお、高額介護（介護予防）サービス費支給の認定に際し、私及び私の属する世帯の世帯員の          老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査・確認されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所          (被保険者) 氏名 電話番号</p> <p>署名又は記名押印してください。</p>																			

(注意) ・この申請書を提出していただきますと、高額介護（介護予防）サービス費が発生する度に上記の口座へ振り込みますので二回目以降の申請は不要です。  
 ・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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 労働金庫	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																		

※本人以外の口座に振り込みを希望する方は以下を記入してください。

(委任状) 私は、_____を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任する。	
申請者の住所 _____	氏名 _____ 署名又は記名押印してください。
代理人の住所 _____	氏名 _____