

高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ	オタル タロウ	申請年月日	〇〇年 〇月 〇日
被保険者氏名	小 樽 太 郎	被保険者番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	性	個
住 所	〒047-8660 小樽市花園2丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111		
	氏 名	生 年 月 日	性別
			上段：介護保険の被保険者の場合、被保険者番号 下段：個人番号

市役所へ申請書を提出する日付を記入してください。

世帯構成	世帯主	小樽 太郎	昭和〇	被保険者（ご本人）と同世帯の方の氏名、生年月日、性別、番号を記入してください。
	世帯員	小樽 花子	昭和〇	

小樽市長 様
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。
なお、支給される場合は下記に指定する口座に振り込んで下さい。

被保険者氏名 小樽 太郎



委任欄	(代理人の住所)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇 都道府(県) 〇〇 (市)町 村	ご本人の印鑑です。
		〇〇丁目〇〇番〇〇号	
	私は 小樽 一郎 を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の受領を委任します。 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者氏名 小樽 太郎	

ご本人の印鑑です。



注意：今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要です。
ご本人名義以外の金融機関口座を支給先として希望する場合のみ記入してください。
その場合、代理人（指定口座の名義人）の住所、氏名と委任の日付（申請年月日）、被保険者（ご本人）の氏名および捺印をお願いします。

口座振替 依頼欄	〇〇	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	普通預金 2当座預金	〇〇〇〇〇〇
	〇〇〇〇		〇〇〇		
	フリガナ 口座名義人	オタル イチロウ 小 樽 一 郎			

フリガナを忘れずに記入してください。（金融機関コード、店舗コードはわかる範囲で記入してください）
※ご本人の口座を支給先として希望する場合は、委任欄の記入・捺印は不要ですので、口座振替依頼欄にご本人の口座を記入してください。