

課長	課長補佐	係長	係員

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

保険者番号	0	2	2	0	5	3							
被保険者番号	0	0											
フリガナ							性別	男 ・ 女					
被保険者氏名							生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
住所	〒 -												
	電話番号 ()												
世帯構成	氏名			生年月日		性別	被保険者番号(介護保険被保険者の場合)						
	世帯主												
	世帯員												

五所川原市長 様

上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号 ()

※注意

- ・この申請をもちまして、高額介護（予防）サービス費支給申請手続きは不要となります。
- 以後の該当者には、今回申請されました指定口座へ自動的に高額介護（介護予防）サービス費が支給されます。なお、口座等を変更する場合は再度変更手続きが必要となりますのでご注意ください。
- ・保険料の未納などにより給付制限を受けている方は、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。
- ・振込口座の通帳の写し（表紙及び表紙裏ページ等口座番号が確認できる部分）を必ず添付してください。

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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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							
	フリガナ								
	口座名義人								

保険者記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考	保険者受付
		有・無 給付割合		

※都合により本人名義以外の口座への振込を希望する場合は、下記の委任状に記入して下さい。

年 月 日

五所川原市長 様

委任する者（被保険者） 住 所

氏 名

印

委 任 状

下記の者を代理人と定め、介護保険高額介護（予防）サービス費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任される者 住 所

氏 名

印