

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名		個人番号																	
	生年月日		年		月		日													
	住所	〒													電話番号					
		氏名	生年月日	介護保険被保険者の場合被保険者番号																
世 帯 構 成	世帯主																			
	世帯員																			
利用月	年	月	利用分	自己負担金計															円	
				世帯負担金計															円	
当別町長 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 氏名 電話番号																				

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、申請手続きは不要となります。また、支払金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）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	金融機関名	店舗(本・支店)	種 目	口座番号																
			1 普通預金 2 当座預金 3 ()																	
フリガナ			金融機関 コード																	
口座名義人																				

◎本人以外の口座に振込を希望される方は、委任状にも記入願います。忘れずに押印してください。

委任状	
当別町長 様	年 月 日
	住所
	氏名
	印
私は、下記の者を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する一切の権限を委任します。 記	
フリガナ 代理人氏名	
代理人住所	〒
口座振込依頼欄	上記口座振込依頼欄のとおり