

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号		0	0	0	0					マイナンバーに登録した 公金受取口座を利用する	
	個人番号											はい
	氏名	フリガナ									生年月日	
											大正 昭和 年 月 日	
住所	〒 ー									電話番号 ー ー		

(宛先)美唄市長 様

上記の者の高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。

なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。

申請日 年 月 日 申請者本人

(住所) 〒

申請者

(氏名)

本人との関係

(電話番号)

振込先	金融機関及び店舗コード				口座番号	
	金融機関名 及び店舗名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 本店 支店	1.普通預金 2.当座預金 9.その他		
	口座名義（カナ）					

※受領を委任する場合（本人以外の口座への振込など）は、別途委任状が必要です

※被保険者が亡くなっている場合は、別途誓約書が必要です (異動日 年 月 日)

※領収書の添付は原則として不要です

市役所 処理欄	受付	受付印	通知書送付先	口座データ入力	支給決定
	窓口		本人	C O K A S	年 1. 2. 3. 4. 5. 6 7. 8. 9. 10. 11. 12
				宛名入力	年 1. 2. 3. 4. 5. 6
					7. 8. 9. 10. 11. 12
郵便		申請者			

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号		0	0	0	0												マイナンバーに登録した 公金受取口座を利用する	
	個人番号		マイナンバーを記入してください												はい	いいえ			
	氏名	フリガナ													生年月日				
																大正	年	月	日
	住所	〒	—												電話番号			—	—
(宛先)美唄市長 様 上記の者の高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 なお、すでに支給済みの高額介護(予防) サービス費について、過誤調整等により支給額の減額決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防) サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。 申請日 年 月 日 申請者本人 ☒ 申請者 (住所) 〒 (氏名) (電話番号) — — 申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。 ☒を入れてください。 本人との関係																			
振 込 先	金融機関及び店舗コード																	口座番号	
	金融機関名 及び店舗名	銀行 信用金庫			本店 本所		1.普通預金 2.当座預金 9.その他												
		マイナンバーの公金口座を利用しない方は振込先情報を記入してください																	
	口座名義 (カナ)																		

※受領を委任する場合（本人以外の口座への振込など）は、別途委任状が必要です

※被保険者が亡くなっている場合は、別途誓約書が必要です（異動日 年 月 日）

※領収書の添付は原則として不要です

市役所 処理欄	記入不要					支給決定
	窓口 郵便		本人 申請者	C O K A S	年 1. 2. 3. 4. 5. 6 7. 8. 9. 10. 11. 12	
				宛名入力	年 1. 2. 3. 4. 5. 6 7. 8. 9. 10. 11. 12	