

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	いいえ					
	氏名	フリガナ									生年月日							
											大正 昭和		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 ☐

(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 所 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
	郵便		申請者		7. 8. 9. 10. 11. 12