

(表)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

口座変更

年 月

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		八幡浜市	3	8	2	0	4	4
	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒		—	電話番号()		—			
該当月分の 支払額合計	円								
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号				
	世帯員								
八幡浜市長 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、既に支給した高額介護(介護予防)サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護(介護予防)サービス費で相殺して調整することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 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、支給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(介護予防)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)サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合	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	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 市記入欄(何も記入しないでください。)

区 分	世帯集約 番 号	領 収 書 確 認 欄	給 付 制 限 状 況	備 考
1 単独			有 ・ 無	(所得分布の状況等を把握)
2 合算			給付割合	

(裏)

被保険者本人名義でない口座を指定する場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状	
年 月 日	
八幡浜市長 殿	
私が八幡浜市より支払いを受ける高額介護(介護予防)サービス費について、表記の受領に関する権限を委任します。	
委 任 者 (被保険者)	受 任 者 (口座名義人)
住所	住所
氏名 <div style="text-align: center;">印</div>	氏名

被保険者死亡による相続申請の場合は、下記の念書欄に必要事項を記入してください。

念 書			
年 月 日			
八幡浜市長 殿			
死亡者	氏名		
相続人	住所		
	氏名 <div style="text-align: center;">印</div>	続柄	
年 月 日 _____ の死亡により、高額介護(介護予防)サービス費申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、八幡浜市には一切ご迷惑はおかけいたしません。			