

## 介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号																
				被保険者番号																
個人番号	.....	.....	.....																	
生年月日																				
住所																				
	電話番号																			
		氏名	生年月日	介護保険の 被保険者の場合 被保険者番号																
世帯構成	世帯主																			
	世帯員																			

網走市長様

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。  
 なお、すでに支給済み的高額介護(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の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。

年 月 日

住所

申請者 氏名 電話番号  
本人との関係 ( )

注 意・今回の支給以降、高額介護(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(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(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	銀行・信金 農協・信組 漁協・農協	本店 支店 出張所	種別	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 9.その他															
	フリガナ																			
口座名義人																				

市(町村)記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	

# 委任状

令和 年 月 日

網走市長 様

(委任者) (被保険者)	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	ⓐ

私は、下記の者を代理人と定め、網走市より支給される高額介護（予防）サービス費の申請、請求及び受領に関する一切の権限を、下記の受任者に委任します。

(受任者) (振込先口座名義人)	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	ⓐ
	電話番号	( )