

記入例

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

令和〇〇年〇〇月

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | カイゴ タロウ | 保険者番号 | 八幡浜市 | 3 | 8 | 2 | 0 | 4 | 4 | | | |
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日生 | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒796-〇〇〇〇 八幡浜市北浜1-1-1 | | | | | | | | | | | |
| 本人支払額 | 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 太郎 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 〇〇. 〇〇. 〇〇 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 介護 太郎 | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | |

〇 個人番号を記入しなくても申請は受付します。

〇 個人番号を記入する場合は、申請時（窓口提出の場合）個人番号カードの確認・（郵送の場合）個人番号カードのコピーの同封が必要です。

〇 日付・住所・氏名・電話番号を記入してください。

〇 被保険者のご本人の氏名をご記入ください。

〇 本人指示による代筆の場合、申請者欄の余白に代筆者の住所・氏名・関係（続柄等）を併記してください。

〇 該当被保険者が死亡されている場合、相続人名で申請し、裏面の念書にも記入してください。

八幡浜市長 様
前のおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申す。なお、既に支給した高額介護（介護予防）サービス費の降の高額介護（介護予防）サービス費で相殺して調整する。令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
〒796-〇〇〇〇
申請者 住所 八幡浜市北浜1-1-1 電話番号 0894-〇〇-〇〇〇〇
氏名 介護 太郎 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

注意 ・公費負担医療の対
負担医療による支
拠書類を添付して
・今回の支給以降、
・ただし、公費負担
お残る利用者負
・給付制限を

受取口座を選択してください。
なお、利用できる公金受取口座は
対象被保険者の口座のみです。
※利用の場合は申請者記入欄横の
個人番号をご記入ください。

介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費
合は、申請の際にこれを証明することができる証
合、申請手続は不要となります。
受けることとなった場合や当該サービスに係るな
とができる証拠書類を改めて提出してください。
ス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|-----------------|--------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受取口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する | | | | | | | | | | | |
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 農協 () | 本店 支店 () | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗番号 | 1 普通 2 当座預金 3 その他 () | | | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号 | 番 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | |

振込口座を指定する場合は振込先（金融機関名等）を記入してください。なお、申請者以外の口座に振込希望の場合は、裏面の委任状が必要です。

| | | | | |
|----------|--------------|--------|---------------|---|
| 市（町村）記入欄 | 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備 |
| | 1 単独 2 合算 | | 有・無 給付割合 割 | |

表面で、被保険者と、口座名義人が異なる場合に記入

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

委任状

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 | 氏名 |

※申請者の口座振り込み依頼欄へ必ず口座情報を記入して
※被保険者本人名義でない口座を指定する場合、申請書の「公金受取口座を利用する」を選択することはできません

「委任者」欄へ被保険者、「受任者」欄へ口座名義人、それぞれの住所・氏名を記入し、委任者欄へ押印をお願いします。

被保険者が死亡された場合に記入

相続人の方が申請していただくこととなりますので、死亡者欄に被保険者氏名、相続人欄には、相続人の住所、氏名、続柄を記入し、押印をお願いします。

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

念書

年 月 日

八幡浜市長 殿

| | | | |
|-----|----|----|--|
| 死亡者 | 氏名 | | |
| 相続人 | 住所 | | |
| | 氏名 | 続柄 | |

同意のうえ、被保険者の死亡日、氏名を記入してください。

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。

※申請書の受取口座において、「公金受取口座を利用する」を選択することはできません。