様式第３２号

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

口座変更

令　和　　年　　月

フ　リ　ガ　ナ		保　険　者　番　号	
被保険者氏名		被　保　険　者　番　号	
生　年　月　日		個人番号	
住　　所	電話番号		
本　人　支　払　額			
備　　考			

		氏　　名	生　年　月　日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 個人番号
世帯構成	世帯主			
	世帯員			

八幡浜市長　様

前のとおり高額介護（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　　電話番号

個人番号　．．．．．．．．．．．．

氏名　　※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

注意　・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
・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、申請手続は不要となります。
・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
・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）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	□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。 □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	番号		
	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 2合算		有・無 給付割合　割	

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	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**してください。
※被保険者本人名義でない口座を指定する場合、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。**

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	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。

※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。**