介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号 (マイナンバー)	
生年月日		性別	
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 （　　）	本店 支店	
預金種別	１普通　２当座　９その他（　　）	口座番号 左詰で記載してください	
フリガナ 口座名義人			

碧南市長　殿

上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。また、私は高額介護（介護予防）サービス費について、介護給付費請求明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

(本人死亡の場合は、この欄に申請者として相続人代表者を記載してください。)

令和　　年　　月　　日

被保険者(申請者)　住所

氏名　　連絡先

※被保険者**本人以外の口座に振込みを希望される場合**は、以下の欄も記入してください。

受任者　住所　　連絡先

氏名　　被保険者との関係

私は上記の者を受任者と定め、この申請書の高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任します。

被保険者　住所

氏名　　印　　連絡先

備考　１　今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合の申請手続きは不要となります。

２　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。

市確認欄

受付		入力		確認		