

介護保険高額介護 (予防) サービス費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ			保険者番号	0 1 6 3 1 1		
	氏 名			被保険者番号			
				個人番号			
	生年月日	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		年 月 日				
	世帯員		年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
音更町長宛て							
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。また、この申請に関して、音更町が私と私の属する世帯員の所得状況等について調査することに同意します。							
年 月 日							
住所				電話番号			
申請者				() -			
氏名				() -			

※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。
 ※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、指定いただいた口座に随時お振り込みいたします。なお、口座番号等申請内容に変更があった場合は届出が必要です。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・労金	本店 本所 支店 出張所	種目	1. 普通 2. 当座 9. その他			
	ゆうちょ銀行 (記号・番号)		口座 番号				
	フリガナ 口座名義人						

※被保険者と受取人 (口座名義人) が異なる場合は、下記委任状に必要事項を記入してください。

- 委 任 状 -			
音更町長宛て			
委任者 (被保険者)	氏名		
私は、高額介護 (予防) サービス費の受領を下記の者に委任します。			
受任者 (口座名義人)	住所	電話番号	
氏名	(続柄:)	()	-