

記入例

高額介護（介護予防）サービス費

介護保険 高額介護予防サービス費

被保険者番号・マイナンバーを記入してください。
不明の場合は、未記入のままご提出ください。

の部分記入してください。

被 保 険 者	フリガナ	カイゴ タロウ											
	氏名	介護 太郎											
	生年月日	明・大・昭 3年 3月 4日											
	住所	〒760-8571					電話番号087-839-2326						
		氏名	生年月日	被保険者番号					個人番号				

保険者番号	3	7	2	0	1	7														
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0										
個人番号	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5								

世 帯 構 成	世帯主	介護 太郎	昭3年3月 4日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5
	世帯員	介護 花子	昭7年5月20日	8	9	0	1	2	3	1	2	3	4	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9
	世帯員		年 月 日																						
	世帯員		年 月 日																						

被保険者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

(宛先) 高松市長
上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を受けたい旨を申請し、令和5年5月7日、高松市番町1丁目8番15号に於て、申請者 住所 高松市番町1丁目8番15号 電話番号 087(839)2326 氏名 介護 太郎

原則として、被保険者本人の名義の口座を記入してください。

高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防サービス相当費
 公金受取口座を利用します。

口 座 振 替 依 頼 欄	高松	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	香川	本店 支店 出張所	種目	口座番号								
	金融機関コード			店舗コード		①普通預金	0	9	9	9	8	8	8	
	1	2	3	4	5	6	7	②当座預金						
	フリガナ			カイゴ タロウ		フリガナを必ず記入してください。								
口座名義人			介護 太郎											

受付担当者は裏面も記入してください。

- 注1 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
- 2 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- 3 口座振替に係る口座として、公金受取口座以外の口座を利用する場合は、口座振替依頼欄に御記入ください。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。
- 4 給付制限を受けている場合については、高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防サービス相当費の支給ができない場合があります。
- 5 被保険者と口座名義人が異なる場合は、下記に御記入ください。

(委任状)

高額介護（介護予防）サービス費の申請に際して、口座名義人が被保険者と異なる場合に記入してください。受任者と委任者が同姓の場合でも、異なる印鑑を押してください。

委任者（被保険者） 氏名 _____ (印)
受任者（口座名義人） 住所 _____ (印)
氏名 _____
続柄（ ） 連絡先（ ）

※ 申請の際は、被保険者本人の身分証明書（顔写真つきであれば1点、なければ2点）をご提示ください。

<受付担当者記入欄>

職権確認 (個人番号)	
----------------	--

個人番号 確認書類	1 個人番号カード 2 通知カード 3 個人番号が記載された住民票等 4 その他 ()			
被保険者 確認書類	1点のみ で可	1 個人番号カード 2 運転経歴免許証 3 身体障害者手帳等 4 住民基本台帳カード(写真あり) 5 その他 ()		
	2点確認 必要	1 介護保険被保険者証 2 医療保険証 3 介護保険納入通知書 4 負担割合証 5 預金通帳 6 診察券 7 その他 ()		

- ※ 代理の申請者ではなく、被保険者本人の身分確認をしてください。
- ※ 被保険者が死亡している場合は、誓約書を記入していただいた上で、申請者(相続人)の身分確認をしてください。