

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費 支給申請書
 高額介護予防サービス相当費

被 保 険 者	フリガナ																
	氏 名	保険者番号	3	7	2	0	1	1									
		被保険者番号															
	個人番号																
生年月日	明・大・昭 年 月 日																
住 所	〒 電話番号																
		氏 名	生 年 月 日			被保険者番号					個人番号						
世 帯 構 成	世帯主	年 月 日															
	世帯員	年 月 日															
		年 月 日															
		年 月 日															
(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相当費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 () 氏名																	

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を次の口座に振り込んでください。

公金受取口座を利用します。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	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													
			2. 当座預金													
	フリガナ															
	口座名義人															

- 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）サービス費及び高額介護予防サービス相当費の受領に係る権限を下記の口座名義人に委任します。

委任者（被保険者） 氏名 ⑩
 受任者（口座名義人） 住所
 氏名 ⑩
 続柄 () 連絡先 ()

市記入欄

備 考

※ 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。

受任者は裏面も記入してください。

<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。