

介護保険高額介護（予防）サービス費 支給申請書
 高額介護予防サービス費相当事業費

フリガナ		保険者番号	2 8 2 2 7 7
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0
生年月日	年 月 日	個人番号	
住 所	〒 電話番号		
本人支払額			
備考			

宍粟市長 様

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒

申請者 住所
氏名

電話番号

受付印

- 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、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、支給ができない場合があります。

下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ()	本店 支店 ()	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 3 その他
	フリガナ			
	口座名義人			

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は委任状（裏面）が必要です。

【市確認欄】

申請者委任確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一住民票内			
申請者確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 (後期 ・ 国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
総合事業サービス確認欄			

委任状

年 月 日

宍粟市長 様

委任者（被保険者）

〒

住 所

氏 名

印

次の者に介護保険高額介護（予防）サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費の（ 届出 ・ 受領 ）に関する一切の権限を委任します。

受任者

住 所

氏 名

続柄（ ）

電話番号