

新規・変更

介護保険高額介護（予防）サービス費  
高額介護予防サービス費相当事業

支給申請書

宍粟市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

受付印

被 保 険 者	個人番号		被保険者番号	0 0 0
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	
	住 所	〒 電話番号		

(注意)

・ 給付制限中の方は、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。

※届出人が被保険者以外の場合、届出人が下記のいずれかの要件に該当することが必要です。

被保険者の介護被保険者証を持参 被保険者の委任状(裏面)がある 被保険者と同一住民票内

窓 口 に 来られた方  (届出人)	氏 名		被保険者 との続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住 所	〒 電話番号		

※窓口に来られた方が被保険者本人の場合は続柄及び住所、電話番号の記載は不要です。

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 ゆうちょ銀行	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 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】

届出人委任確認		<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	
届出人 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 \_\_\_\_\_ ㊟

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