

(表面)

介護保険高額介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ	タキカワ タロウ		保険者番号	0	1	2	2	5	2						
被保険者氏名	滝川 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和2年 1月 1日 生														
住所	滝川市〇〇町〇丁目〇番〇号								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	滝川 太郎		昭和2年1月1日		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	世帯員	滝川 花子		昭和3年3月3日		0	0	0	7	6	5	4	3	2	1

滝川市長 様

上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。

過誤調整または利用者負担の割合に変更が生じた場合は、将来支給される高額介護サービス費等で相殺することに同意します。（同意する場合は左記に✓をお願いします。）

同意される場合は□に✓をお願いします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日  
住所 滝川市〇〇町〇丁目〇番〇号  
申請者 氏名 滝川 太郎

電話番号△△-△△△△

注意1 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費等が削減される場合は、申請した指定口座に振り込まれず、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれる場合があります。  
2 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費等が削減される場合があります。

代筆される場合は余白に  
代筆者氏名 滝川 一郎  
続柄 長男  
連絡先 △△-△△△△  
を追記してください。

高額介護（介護予防）サービス費等を下記の口座に

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は、公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しも不要になります。）												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する												

口座振替依頼欄	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇	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	0	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	0	0	1	フリガナ タキカワ タロウ				
申請人 滝川 太郎												

どちらかの□に✓をお願いします。  
公金受取口座を利用する場合は上部の個人番号欄に個人番号を記入し、振込口座を指定する場合は口座振替依頼欄にご本人様名義の口座情報を記入してください。

この欄は記入不要

変更日	年	月	日	合算	備考	受付印
				この欄は記入不要		

委任払いをしている場合は下記  
を記入してください。

(裏面)

高額介護（介護予防）サービス費等の受領を

（事業所名）

に委任します。

年 月 日  
住所  
申請者 氏名

㊦

電話番号 ー