

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

[自動償還用]

(新規・変更)

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)
	住所:		被保険者
	電話番号: ( )		本人氏名 <span style="float:right">㊟</span>
	氏名: (本人との関係: )		(本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
被保険者氏名 <span style="float:right">㊟</span>		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日								
住所	〒 電話番号 ( )								
(あて先) 甲府市長 年 月 日 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費(年間上限を含む。)の支給を申請します。 高額介護(介護予防)サービス費は、下記の口座に振り込んでください。 なお、支給決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。 また、今後支給される高額介護(介護予防)サービス費について、負担区分の変更、介護給付費明細等による過誤調整により返還金が生じた場合は、翌月以降に支給される高額介護(介護予防)サービス費の全部又は一部をこれに充てることを承諾します。									

注意・今回の申請以降、高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。  
 ・この申請以降の高額介護(介護予防)サービス費は、今回申請した指定口座に振り込まれます。  
 ・給付額の減額を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通預金	
	信用組合	出張所	2 当座預金	
	農協	支所	フリガナ	
金融機関 コード	店舗 コード	(被保険者) 口座名義人		

※本人以外の口座に振込みを希望する方は、以下を記入してください。

委任状	私に支払われる高額介護サービス費等については、下記の者にその受領に係る権限を委任します。		
	○委任される者(口座名義人)	住所	氏名 本人との関係( )
	○委任する者(被保険者)	氏名	㊟

受付	入力