

介護保険 高額介護(介護予防) サービス費支給申請書

(令和 年 月分)

フリガナ 被保険者				保険者番号	2	3	1			
				被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日			個人番号						
住所	※下記申請者の住所と同一の場合、住所の記入は不要です。									
該当月分の 支払額合計										
(宛先) 名古屋市 区長 上記のとおり、関係書類を添えて、高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。また、今後資格を喪失するまでの高額介護(介護予防)サービス費の支給に関しては、この申請書の提出により申請がなされたものとみなして処理することに同意します。 なお、申請に係る決定のために必要な場合、私の世帯の世帯主及び世帯員の市町村民税に関する課税資料を確認されることに同意します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号										
受取口座	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入及び通帳等の写しの提出は不要です。) ☐ 振込口座を指定する(以下の振込先口座情報を記入してください。)									
振込先 口座情報	銀行 信用金庫 組合			本店 支店 出張所			種目	1 普通預金 2 当座預金		
							口座番号			
	金融機関 コード			店舗 コード						
	フリガナ 口座名義人									

※申請者以外の口座に振り込む場合は以下をご記入ください。

この申請に基づく高額介護(介護予防)サービス費の受領については、次の代理人に委任します。										
代理人	住所							申請者氏名		
	氏名	申請者との続柄								

注意

- ・給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費が支給できない場合があります。
- ・申請にあたっては、介護保険被保険者証及び申請者名義の預金通帳など口座の確認できるものをお持ちください。

区役所 処理欄	上記申請について決定してよろしいか 令和 年 月 日起案 令和 年 月 日決裁			高額の種類	担当(申請入力)	通帳確認	世帯合算	【利用者負担段階】	
				介護			有・無	☐ 4Ⅲ ☐ 4Ⅰ ☐ 第4 ☐ 第2	☐ 4Ⅱ ☐ 第5 ☐ 第3 ☐ 第1
	課長	課長補佐	担当(決定入力)						
				自動償還入力	保険料納付状況	区分	世帯集約番号		
	支払額				未納保険料 有・無	1一般 2支払方法変更 3給付額減額		【他区分】	