介護保険　高額介護(介護予防)　サービス費支給申請書　**記入例**

(　令和　8年3月分)

フリガナ	カイゴ　イチロウ	保険者番号	2	3	1	0	6	8
被保険者	介護　一郎	被保険者番号	1012345678					
生年月日	昭和 21 年　3 月　7 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　中　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　8　年　7　月　25　日

申請者　住所　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

氏名　**介護　一郎**　　**電話番号　052-XXX-XXXX**

要注意

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。)

※公金受取口座を利用する場合はあらかじめマイナポータル等で登録が必要です。被保険者本人のものに限り利用できます。

☑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						
	金融機関コード	1	2	3	4	店舗コード	1	2	3	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カイゴ　ハナコ															
	口座名義人	介護　花子															

※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	名古屋市中区三の丸3丁目○番×号		申請者氏名
	氏名	介護　花子	申請者との続柄　子	介護　一郎

注意　・給付制限を受けている方に　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　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。
・公金受取口座を　できるものは不要です。

申請者名義の口座を持っていないなど、やむを得ず申請者以外の口座に振り込む場合は、代理人への委任欄の記入が必要となります。

また、代理人は親族又はそれに準ずる者に限ります。