

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

新規・変更

記入例

フリガナ	ジョウ エツ タ ロウ		保険者番号	1 5 2 2 2 3									
被保険者 氏名	上越 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6									
生年月日	大正 12年 3月 4日		個人番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8									
住所	上越市木田1丁目1番2号		電話	介護保険の被保険者証(緑色)をお持ちの方は記入してください。									
マイナンバー(12桁の番号)が不明な場合は未記入でよろしいです。	月	日	介護 被保 険者 番号	被保険者の場合									
世帯 構 成	世帯主	上越 太郎	大正12年 3月 4日	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	世帯員	花子	大正13年 4月 5日	0	0	0	0	1	2	3	4	5	7
	世帯員		年 月 日										
	世帯員		年 月 日										
	世帯員		年 月 日										
(宛先) 上越市長 上記のとおり高額介護(介護予)を申請します。また、負担区分減額となった場合、以降の高額介護料は令和〇〇年〇月〇日より減額となります。			申請者の名前を記入してください。 ・サービスを利用した被保険者本人の名前を記入してください。 ・申請する時点で本人が亡くなっている場合は、相続人の名前を記入し、「相続人代表者申立書 兼 請求・受領申立書」を提出してください。										
住所	木田		電話番号 526-5111										
申請者 (被保険者本人) 氏名	上越 太郎 上越												

高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	銀行	本店	種目	口座番号	
上越	信用金庫	木田	1. 普通	0 6 5 4 3 2 1	
	信用組合	支店	(総合)		
	農協	出張所	2. 当座		
口座名義人	上越 太郎				

連絡先（被保険者本人以外に連絡を希望される場合）

住所

氏名

注意

ご記入内容に不明な点があった場合にお答えいただける方を記入してください。

高額介護サービス費の支給ができない場合があります。

・申請者名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、委任状(裏面)が必要です。

※記載された個人情報は、高額介護（介護予防）サービス費支給に関する業務以外には使用しません。

高額介護サービス費の振込先を記入してください。

- ・口座番号や口座名義人は、通帳記載のとおり正確に記入してください。
- ・記入もれや誤りがあると振り込みができませんので十分に注意してください。
- ・申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、裏面の「委任状」欄を記入してください。
- ・郵便局の場合は、「ゆうちょ銀行」と記入してください。