

笠岡市
介護保険高額介護(予防)サービス費  
高額介護予防サービス費相当事業費
支給申請書

被 保 険 者	フリカナ				保険者番号	3	3	2	0	5	6
	氏 名				被保険者番号						
					個人番号						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女				
住 所	〒										
	電話番号 ( )										
		氏 名	生年月日	性別	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		明大昭平								
	世帯員		明大昭平								
			明大昭平								
			明大昭平								
			明大昭平								
<p>笠岡市長 様</p> <p>上記のとおり、高額介護(予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。          今後支給される高額介護(予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費は下記口座に振り込んでください。なお、市が私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況等を調査することに異議ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者(被保険者)名 _____</p>											

口座振替依頼欄	金融機関コード					店舗コード					
	金融機関名					支店名					
	種 別	普通・当座		口座番号							
	フリカナ	-----									
	口座名義人	-----									

**注意**

- 1 今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費が支給される場合、申請手続きは不要となり、今後の支給金額は今回申請した指定口座に振り込みます。
- 2 給付制限を受けている方については、高額介護(予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費の支給ができない場合があります。

※ 被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合は、下記委任欄に記入してください。

委 任 欄	笠岡市長 殿	年 月 日	
	委任する人(被保険者)	住所	-----
		氏名	----- (印)
	私は次の者を代理人と定め、上記、高額介護(予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費に関する権限を委任します。		
	委任される人(代理人)	住所	-----
		氏名	----- (印)

申請者以外の方の連絡先 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_