

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)

(年 月送付分)

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	8	8
被保険者氏名		被保険者番号							
個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号								
南アルプス市長 様 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名									

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。

金融機関			銀行・信用金庫 農協・信用組合
本・支店名			本店・支店・支所
口座番号	普通・当座		
フリガナ			
口座名義人			

- 注意** ・振込口座の確認ができる通帳コピー(見開き1ページ目)の添付が必要です。
- ・今回の支給以降、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。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 - ・給付制限を受けている方は、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。
- *** 今後振込口座を変更する場合、再度この申請書を提出してください。
- *** 原則、被保険者本人の口座に限ります。振込口座名義人と被保険者が異なる場合は、裏面の委任状への自署が必要です。
- *** 被保険者死亡による相続申請の場合は、裏面の誓約書への相続人の自署が必要です。

【南アルプス市記入欄】

受付	区分	種別	利用者負担額	算定基準額	高額支給額	電算入力
	・単独	・老福等世帯				
		・世帯非課税2				
	・合算	・世帯非課税3				
		・その他世帯	円	円	円	

◎受取り金融機関を被保険者(利用者)本人以外の口座にする場合は、自署してください。

委 任 状

年 月 日

南アルプス市長 様

私が南アルプス市から支払いを受ける介護保険高額介護(介護予防)サービス費について、
表記の預金口座に振り込みすることを委任します。

委任者 (被保険者)	住所	
	氏名	
受任者 (口座名義人)	住所	
	氏名	電話番号 () —

※被保険者が自署できない場合は、受任者以外の方が被保険者の意思を確認し記入してください

◎被保険者(利用者)本人が亡くなられ、相続人の方が申請する場合は、自署してください。

誓 約 書

年 月 日

南アルプス市長 様

年 月 日 _____ の死亡により、それ以降に支払
われる介護保険高額介護(介護予防)サービス費の受領について、相続人の間で異議が生
じた場合、私が全責任をもって解決することを誓約し、南アルプス市に対して一切迷惑をかけ
ないことを申し添えます。

相続人	住所	
	氏名	続柄