

決 裁	課長	主幹・係長	係

## 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年 月 利用分

フリガナ				被保険者番号	3	4	9	0						
被保険者氏名				個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日			性別	男・女									
住所	〒 811-23 福岡県糟屋郡粕屋町			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													
	世帯員													
福岡県糟屋郡粕屋町長 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 申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号( ) -														

注意 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については、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。

高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

振込口座が御本人以外の場合は  
裏面をご記入ください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号										
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金											
			2 当座預金											
			3 その他											
	フリガナ													
	口座名義人													

粕屋町記入欄

R2.12

区分	要介護等認定区分	給付制限状況	備考	身元確認
1.単独		有・無 給付割合	利用者負担段階 段階 円	
2.合算 ( )	生活保護 (有・無) 老福年金 (有・無)	保険料納付方法 特・普・併	( )	番号確認
			負担額 円 支給額 円	

●受取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ご記入下さい。

## 委任状

年 月 日

(あて先) 粕屋町長

私が粕屋町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、標記の預金口座に振込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 (       )       -

【委任者に代わり代筆した場合】

代筆者氏名: \_\_\_\_\_ 委任者との関係: (       )

代筆者住所: \_\_\_\_\_

代筆理由: \_\_\_\_\_

●被保険者(利用者)本人が亡くなられ、相続人代表者が申請及び受領する場合はご記入下さい。

## 念 書

年 月 日

(あて先) 粕屋町長

被保険者本人が死亡のため、介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請及び受領を行います。なお、受領について相続人の間で異議が生じて私がか切の責任を負い、粕屋町に迷惑をかけないことを申し添えます。

受任者 (口座名義人)	住 所	
	氏 名	続 柄