

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

対象年月 年 月

				保険者番号															
フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				被保険者番号															
生年月日																			
住 所		〒																電話番号	
		氏 名		生 年 月 日														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																		
香川県丸亀市長 宛 上記のとおり高額介護（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																			
受 取 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不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 ☐ 振込口座を指定する																	
口 座 振 替 依 頼 欄		銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 出張所				種 目		口 座 番 号							
		金融機関コード				店 舗 コード													
		口座名義人（カナ）																	
口 座 振 替 委 任 欄 上記の支給の受領方を口座名義人 _____ に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。 年 月 日 被保険者名（申請権者） _____ 印																			

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
・ また、支給金額は今回の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（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
・ 口座振替を委任される場合は、本人確認の為、窓口に来られた方の身分証明書の提示が必要になります。

窓口に来られた方		記入欄	
住所 氏名		電話番号 申請者との続柄	