

高額介護サービス費等支給申請書兼請求書

被保険者番号	0001234567				保険者番号	142117			
個人番号									
ふりがな	はだの たろう				生年月日	昭和2年 3月 4日			
被保険者氏名	秦野 太郎				性別	男・女			
住所	秦野市桜町1丁目3番2号								
	電話 0463(82)9616								
給付・事業の種類	<input type="checkbox"/> 高額介護サービス費 <input type="checkbox"/> 高額介護予防サービス費 <input type="checkbox"/> 高額介護予防サービス相当事業費								
支払額合計	円（分）								
	氏名		生年月日		性別		被保険者番号		
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
(宛先)	秦野市長 上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費等の支給を申請・請求します。 年 月 日 住所 秦野市桜町1丁目3番2号 申請者 氏名 秦野 太郎 電話 0463(82)9616								

太枠内の御記入をお願いします

※ 銀行等の口座をご登録ください。ゆうちょ銀行もご登録可能です。

振込先	金融機関名	〇〇 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合			△△ 本・支店 支所				
	金融機関コード				店舗コード	1 1 1			
	預金の種類	1 普通預金	フリガナ	ハダノ タロウ					
	2 当座預金	通帳名義人	秦野 太郎						
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7							
委任状	なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。 受任者（口座名義人） 氏名 _____ 委任者（被保険者） 氏名 _____ (署名又 印)								

申請者と口座名義人が異なる場合はこちらも御記入ください

※ 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。

ゆうちょ銀行の場合は支店の欄には3桁の数字(店番)、口座番号の欄には7桁の番号を記入してください

上記申請・請求について、次のとおり決定し、別紙のとおりに通知してよろしいか。	丁	課長	課長代理	担当	受
	区分	<input type="checkbox"/> 支給する（ <input type="checkbox"/> 口座払 <input type="checkbox"/> 窓口払） （利用者負担額）（上限額）		円-	円
		支給決定額		円	理由 要支援1・2 要介護1・2 3・4・5