

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書 《受領委任専用》

フリガナ			保険者番号	白老町	0	1	5	7	8	4	
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	介護度	介・支			
被保険者住所	〒 -		電話番号								
入所施設	〒 -		電話番号						受領委任開始年月		
	電話番号								令和		
<p>白老町長 様</p> <p>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。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について調査することに同意します。</p> <p>また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護（介護予防）サービス費で相殺することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 ㊟</p>											

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、申請手続きは一覧表のみ提出いただく 捺印
 こととなります。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。（平成22年1月提供分以降）
 ・ 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。

受 領 委 任	上記申請に係わる高額介護（介護予防）サービス費の受領の権限を次の者に委任します。 令和 年 月 日 住所 委任者（申請者） 氏名 ㊟
	所在地 受任者（介護保険施設）名称 代表者 ㊟

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振込んでください。

□ 口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別	□ 座 番 号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他							
	フリガナ									
	□ 口座名義人									

※ 白老町記載欄

確認日	区分	給付制限状況	世帯課税/非課税	老齢福祉年金	受付印
・	□ 単独 □ 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	
・	□ 単独 □ 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	
・	□ 単独 □ 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	