

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
介護保険高額介護予防サービス費等相当事業支給申請書
《代理受領専用》

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												
世帯構成		氏名			生年月日			介護保険の被保険者の場合被保険者番号					
								0	0	0	0		
世帯構成		世帯員						0	0	0	0		
								0	0	0	0		
								0	0	0	0		
白老町長 様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業（以下「高額介護サービス費等」という）の支給を申請します。 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。 また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護サービス費等で相殺することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 ㊟													

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。 捺印
 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、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

受領委任	上記申請に係る高額介護サービス費等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 ㊟
	住所 受任者（口座名義人） 氏名 ㊟

高額介護サービス費等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	口座番号							
		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
・ ・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
・ ・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	
・ ・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	