

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(年 月サービス分)

フリガナ				保険者番号						
被保険者氏名				被保険者番号						
				個人番号						
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
住所	〒							電話番号		
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合					
					上段：被保険者番号 下段：個人番号					
世帯構成	世帯主		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
	世帯員		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
岩内町長 様 上記のとおり、口座振替申出書を添えて、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 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号										

注意 ・ 今回の申請により、高額介護サービス費等が支給された場合、次回以降の申請手続きは不要です。
 ・ 支給金額は、別紙の口座振替申出書の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ません場合があります。

※岩内町記入欄

区分	世帯主集約番号	給付制限状況	備考
<input type="checkbox"/> 単独		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 個人払 <input type="checkbox"/> 委任払
<input type="checkbox"/> 合算		<input type="checkbox"/> 有(給付割合)	

口座振替申出書

岩内町より私宛の支払代金については、下記名義の預金口座に振替え下さるよう、岩内町財務会計規則第87条により申出します。

記

振替金融機関

支店

口座番号

預金の種類

フリガナ
口座名

令和 年 月 日

住所

氏名

印

電話番号

岩内町会計管理者 殿

受付	長寿介護課 (介護保険係)
----	------------------

※ 委任状

(上記記載の振込口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の記入が必要です。)

私は、岩内町から支払われる高額介護（予防）サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。

令和 年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

印

受任者（被保険者との関係 ）

住所

氏名

印

※委任者欄と受任者欄の印鑑は違うものを使用してください。

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(年 月サービス分)

フリガナ	イワナイ タロウ			保険者番号	0 1 4 0 2 7												
被保険者氏名	岩内 太郎			被保険者番号	1 2 3 4 5												
				個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 11年 1月 1日			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
住所	〒045-0013 岩内町字高台134番地1																
														電話番号	0135-67-7085		
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合												
					上段：被保険者番号												
					下段：個人番号												
世帯構成	世帯主	岩内 太郎	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 11年 1月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
	世帯員	岩内 花子	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 12年 2月 2日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女													
			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
	成		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
岩内町長 様 上記のとおり、口座振替申出書を添えて、高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 岩内町字高台134番地1 申請者 氏名 岩内 太郎 (印) 電話番号 0135-67-7085																	

注意 ・今回の申請により、高額介護サービス費等が支給された場合、次回以降の申請手続きは不要です。
 ・支給金額は、別紙の口座振替申出書の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。

※岩内町記入欄

岩内町記入欄

口座振替申出書

岩内町より私宛の支払代金については、下記名義の預金口座に振替え下さるよう、岩内町財務会計規則第87条により申出します。

記

振替金融機関 ○○銀行 ○○ 支店
口座番号 1234567
預金の種類 普通
フリガナ イワナイ タロウ
口座名 岩内 太郎

令和2年 月 日

住所 岩内町字高台134番地1
氏名 岩内 太郎 印
電話番号 0135-62-1011

岩内町会計管理者 殿

受付

保健福祉課
(介護保険担当)

※委任状

(上記記載の振込口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の記入が必要です。)

私は、岩内町から支払われる高額介護（予防）サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。

令和 年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

印

受任者（被保険者との関係）

住所

氏名

印

※委任者欄と受任者欄の印鑑は違うものを使用してください。