

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

[自動償還用]

(新規 ・ 変更)

代理申請者	本人申請の場合記載不要		委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)	
	住所:			被保険者	
	電話番号:	()		本人氏名	Ⓜ
	氏名:	(本人との関係:)			(本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
被保険者氏名	Ⓜ	被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号 ()								

(あて先) 甲府市長 令和 年 月 日
 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。
 高額介護（介護予防）サービス費は、下記の口座に振り込んでください。
 なお、支給決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。
 また、今後支給される高額介護（介護予防）サービス費について、負担区分の変更、介護給付費明細等による過誤調整により返還金が生じた場合は、翌月以降に支給される高額介護（介護予防）サービス費の全部又は一部をこれに充てることを承諾します。

注意・ 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。

- ・ この申請以降の高額介護（介護予防）サービス費は、今回申請した指定口座に振り込まれます。
- ・ 給付額の減額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。

口座振込 依頼欄	銀行		本店		種 目		口 座 番 号	
	信用金庫		支店		1 普通預金			
	信用組合		出張所		2 当座預金			
	農協		支所		フリガナ			
金融機関 コード	店 舗 コード			(被保険者) 口座名義人				

※本人以外の口座に振込みを希望する方は、以下を記入してください。

委任状	私に支払われる高額介護サービス費等については、下記の者にその受領に係る権限を委任します。		
	○委任される者（口座名義人）	住所	
		氏名	本人との関係 ()
	○委任する者（被保険者）	氏名	Ⓜ

受付	入力