

介護保険高額介護（予防）サービス費等支給申請書

(新規・変更)

代理 申請者	本人申請の場合記載不要 住 所：	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)
	電話番号： ()		被保険者 本人氏名
	氏 名： (本人との関係：)		(本人自署の場合は押印不要) <input checked="" type="checkbox"/>

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	年 月 日							
住 所	〒	電話番号	()					
(あて先) 甲府市長 年 月 日								
上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。								
高額介護(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(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(予防)サービス費の全部又は一部をこれに充てるることを承諾します。								

注意・今回の申請以降、高額介護(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(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(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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種 目		口 座 番 号			
			1 普通預金	2 当座預金				
			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	私は支払われる高額介護（予防）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			<input checked="" type="checkbox"/> 印			

受付	入力