

倉敷市 介護保険高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費 支給申請書

被 保 険 者	氏名	フリガナ	被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号			
	性別	男・女				
	住所	連絡先電話（自宅・携帯・呼出）（ ）				
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号	
世 帯 構 成	世帯主		明大昭平 . .	男 女		
	世帯員		明大昭平 . .	男 女		
			明大昭平 . .	男 女		
			明大昭平 . .	男 女		
<p>倉敷市長 あて</p> <p>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費の支給を申請します。今後支給される高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費は、下記口座に振込んでください。なお、市が私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況等を調査することに異議ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者名（被保険者） _____</p>						

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店	支店 支所 出張所	金融機関番号	店番号
	預金種別	1 普通	2 当座預金	口座番号		
	フリガナ 口座 名義人					

<注意事項>

1. 上記太枠内を記入してください。誤りを訂正する場合は、二重線をして署名又は押印してください。修正テープ等は使えません。申請者名欄に記名・押印があり、枠外に申請者名欄と同じ印があれば捨印として取り扱います。
2. 被保険者本人以外の口座に振込みを希望される場合は、委任状（裏面）が必要です。
3. 「連絡先電話」はこの申請について問い合わせのできる方の電話番号をご記入ください。
4. 今回の申請以降、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費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振込まれます。
5. 申請後、振込口座を変更される場合は、再度この申請書を提出してください。
6. 給付制限を受けている方については、支給が受けられない場合があります。
7. この申請書に記載された個人情報他は他の目的に利用することはありません。

(裏 面)

◎ この委任状は、表面にある「口座振込依頼欄」の「口座名義人」が、申請者（被保険者）と名義が異なる場合のみ、記入してください。

委 任 状

倉 敷 市 長 あて

私（委任者）は次の者を代理人と定め、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費の受領に関する権限を委任します。

委任する人（委任者）	委任される人（代理人）
住 所	住 所
氏 名	氏 名

<注意事項>

1. 「委任する人」は表面の「申請者（被保険者）」と同一になります。
 2. 「委任する人」欄は本人署名のほか、記名・押印（本人のもの）または顔写真入りの身分証明書の写しの添付等で本人確認をする必要があります。
 3. 「委任される人（代理人）」は表面の「口座名義人」となる方を記入します。表面の「口座名義人」の記載と一致している必要があります。
- *原則、法人名義の口座には振込みができません。

倉敷市 記入欄	受付窓口 <input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 真備	受付年月日 年 月 日	添付書類 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 代表者選任届	入力
	備 考			