

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書

| | | | | | | | | | |
|---|-----|-------|--|--------|-------------|------------------------|----|--|--|
| フリガナ | | ----- | | 保険者番号 | 0 9 2 0 1 5 | | | | |
| 被保険者氏名 (申請者) | | 印 | | 被保険者番号 | | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭 | | 年 | 月 | | 日生 | | |
| 住所 | | 〒 | | 宇都宮市 | | 電話番号： | | | |
| | | 氏名 | | 生年月日 | | 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 | ----- | | ----- | | | | | |
| | 世帯員 | ----- | | ----- | | | | | |
| | | ----- | | ----- | | | | | |
| 平成 年 月 日 (あて先) 宇都宮市長 上記のとおり、平成 年 月分(以降)の高額介護・高額介護予防サービス費の支給を申請します。 支給内容の通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。) | | | | | | | | | |
| 送付先 | | 〒 | | 電話番号： | | | | | |
| | | 住所： | | | | | | | |
| | | 氏名： | | | | | | | |

注意・給付制限を受けている方については、高額介護・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。
・今回の支給以降、高額介護・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、利用月の2~3か月後に今回指定された口座に振り込まれます。

高額介護・高額介護予防サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------|-------|----|----------------|--|--|--|--|--|
| 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 2当座預金 | | | | | |
| | 信用組合 | 支所 | | | | | | | |
| | 農協 | 出張所 | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | | | | | | | |
| | フリガナ | ----- | | | | | | | |
| | 口座名義人 | ----- | | | | | | | |

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要な事項を記入して下さい。

宇都宮市 記入欄

| 受付 | 区分 | 給付制限 状況 | 備考 | |
|----|--------------|---------------|--------------------------|-------------|
| | | | 生保・老福・非課・課税 年 月 ~ 年 月 | 不支給・支給 円 |
| | 1 単独 2 合算 | 有・無 給付割合 % | | |

<裏面につづく>

裏面

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

(被保険者)

・住 所：宇都宮市

・氏 名：

印

私は、高額介護・高額介護予防サービス費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所：

・氏 名：

(続柄：)

《 記 載 例 》

様式第 35 号

(初回申請) 口座変更

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ウツノミヤ タロウ | | 保険者番号 | | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 | | | |
| 被保険者氏名 (申請者) | 宇都宮 太郎 宇都宮 印 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・ 大 ・昭 10 年 10 月 10 日生 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 320-8540 宇都宮市 旭 1-1-5 電話番号: 632-2906 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| | 世帯主 | 宇都宮 太郎 | 大10.10.10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| | 世帯員 | " 花子 | 大11.11.19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 9 |
| | 世帯員 | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 (あて先) 宇都宮市長 上記のとおり、平成 年 月分(以降)の高額介護・高額介護予防サービス費の支給を申請します。 支給内容の通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。) | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | 〒320-0000 電話番号: 600-0000 住所: 宇都宮市 町 氏名: 宇都宮 次郎 | | | | | | | | | | | | |

注意・給付制限を受けている方については、高額介護・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。
 ・今回の支給以降、高額介護・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、利用月の2~3か月後に今回指定された口座に振り込まれます。

高額介護・高額介護予防サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------------|----------------|------|---|---|---|---|---|---|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 支店 支所 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | ①普通預金 ②当座預金 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | フリガナ 口座名義人 | ウツノミヤ ジロウ 宇都宮 次郎 | | | | | | | | |

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要な事項を記入して下さい。

宇都宮市 記入欄

| 受付 | 区分 | 給付制限 状況 | 備 考 | |
|----|----------------|---------------|--------------------------|-------------|
| | 1 単 独 2 合 算 | 有・無 給付割合 % | 生保・老福・非課・課税 年 月 ~ 年 月 | 不支給・支給 円 |

<裏面につづく>

裏面

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

(被保険者)

・住 所：宇都宮市 旭1-1-5

・氏 名： 宇都宮 太郎



印

私は、高額介護・高額介護予防サービス費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所： 町

・氏 名： 宇都宮 次郎 (続柄： 子)