

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

記入例

年 月

被保険者本人の情報

| | | | |
|----|-----------------|--------|-----------|
| 氏名 | 春日井 太郎 | 保険者番号 | 232066 |
| | | 被保険者番号 | 0000000 |
| 日 | 昭和 ○年 ○月 ○日 | 個人番号 | |
| 所 | 春日井市鳥居松町5丁目44番地 | 電話番号 | 00 - 0000 |

| | | | | |
|------|-----|---------------|----|------------------------|
| | 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 | | | |
| | 世帯員 | 世帯構成欄は記入不要です。 | | |

(宛先) 春日井市長

上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

住所

電話番号

00 - 0000

春日井市鳥居松町5丁目44番地

申請者

氏名 春日井 太郎

申請者は被保険者本人としてください。

高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。(いずれかに☑してください。)

| | | | | | | | |
|-------------|--|--------|-----|------|---|---|---|
| 口座振替 依頼欄 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 <small>(※市役所ポータルサイト等で市役所公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。)</small> ※ 市で公金受取口座を利用する場合は、☑してください。 ※ 振込口座 (口座情報の記入は不要です。) | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(以下に口座情報を記入してください。) | | | | | | |
| | 春日井銀行 | 市役所支店 | 種 目 | 口座番号 | | | |
| | 融機関コード | 店舗コード | 普通 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | 5 | 6 | 7 | |
| | 春日井 太郎 | | | | | | |
| | 口座名義人 | 春日井 太郎 | | | | | |

振込口座を指定する場合はこちらに☑し、被保険者本人名義の口座情報を記入してください。

-----ここからは記入しないでください-----

| | | |
|----|----|------|
| 受付 | 入力 | 内容確認 |
| | | |