

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号	2	3	2	1	7	3
被保険者氏名				個人番号						
				被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			性別	男・女					
住所	〒 - (連絡先 - -)									
	氏名	生年月日	性別	被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合)						
世帯員		年 月 日	男・女							
世帯員		年 月 日	男・女							
世帯員		年 月 日	男・女							
<p>江南市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額が決定された場合、以降の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 (連絡先 - -)</p> <p>氏名 印 被保険者との関係()</p>										

今回の支給以降、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。支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

【申請に必要なもの】

- (1)申請者の印鑑 (2)申請者の身元確認書類(2種類以上)
- (3)申請者名義の預貯金通帳 (4)被保険者の個人番号カードもしくは通知カード(写しでも可)

【注意】

- ・給付制限を受けている方は、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。
- ・振込先口座名義人は、申請者と同一の方に限ります。
- ・被保険者以外の方が申請される場合は、委任状(裏面)が必要となります。

江南市会計管理者		口座振替支払申請書			
上記の申請に係る支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。					
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 JA(農協)	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
			1.普通 2.当座 3.その他		
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ		
			口座 名義人		

委任状

年 月 日

江南市長

住所

委任者

氏名

印

私は、下記のとおり私の代理人を選任し、その権限を委任したので届けます。

記

1. 委任事項 介護保険高額介護(予防)サービス費の支給申請及び受領に関すること。
2. 代理人 住所
氏名

※処理欄

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード(写真あり) 介護支援専門員証・その他()
		介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券・ その他() ※2種類以上必要
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード・その他()
<input type="checkbox"/>	委任	委任状・戸籍・介護保険被保険者証・その他()

受付者()