

# 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月 日

フリガナ		保険者番号	153858
被保険者 氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		性別	
住所	〒		
阿賀町長 宛			
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。			
年 月 日			
住所 申請者			
氏名	電話番号		

- 留意事項**
- ・ 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。支給金額は今回ご指定いただいた口座へ振り込みいたします。
  - ・ 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。

## 振込依頼口座

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 出張所 支所	種別	口座番号
				1 普通 2 当座
	フリガナ			
	口座名義人			
委任状	<p>※本人名義以外の口座を希望する場合は必ず記入して下さい。                      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。</p>			
	(1) 口座名義人	年 月 日		
	住所			
	氏名			
	(2) 委任者（本人）	Ⓜ		
(本人自署の場合は押印不要)				