

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費 支給申請書

(年 月分～)

フリガナ		性別	保険者番号			
被 保 険 者 氏 名		男・女	被保険者番号			
			個人番号			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
住 所	電話番号				介護度	
	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					

砺波地方介護保険組合 理事長 あて
上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。

年 月 日

住所 電話番号

申請者 氏名 (被保険者との関係)

高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信金・信組 農協・労金	本店 支店 出張所 店	預金種目	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 3 その他 []	
	フリガナ			
	口座名義人			

- 注意 ■振込口座が被保険者本人名義でない場合は、裏面の代理受領委任状欄も記入してください。
- ゆうちょ銀行口座をご指定の場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号を記入していただく必要があります。（従来のゆうちょ銀行口座番号（記号・番号）のままでは振り込むことができません。）
 詳しくは、ゆうちょ銀行ホームページ、または、最寄りのゆうちょ銀行窓口にてご確認ください。
- 今回の申請の翌月以降に、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費が支給対象となる場合は、申請されなくても、今回指定された口座に自動的に振り込まれます。
 振込みの際には「支給決定通知書」で振込金額等をお知らせします。
- 給付制限を受けている方は、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。

※組合・市記入欄

区 分	世帯集約番号	申請負担軽減 入力確認	給付制限状況	備 考（所得分布の状況を把握等）
1 単 独 2 世帯合算		<input type="checkbox"/>	有 ・ 無 給付割合[]	利用者負担 1・2・3・4・5 段階

代理受領委任状

年 月 日

砺波地方介護保険組合 理事長 あて

委任者 住所 _____
(被保険者)

氏名 _____

私は、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給について、下記の名義人の口座に振り込むことを委任します。

受任者 住所 _____
(受取人)

氏名 _____

被保険者との続柄

電話番号 _____