介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号					4	0	2	3	0	5
被保険者氏名		被保険者番号										
		個人番号										
被保険者生年月日	年　　月　　日		性　別									
被保険者住所	〒 電話番号　　（　　）											

糸島市長　様

上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請するので、高額介護（介護予防）サービス費支給決定額を下記の振込先口座に振り込まれるよう依頼します。また、振込先口座・決定通知書の送付先を変更する場合は、再度申請します。

なお、税情報（私及び私の世帯の市民税課税状況等）の確認について、糸島市長が税務担当部署に報告を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　印

※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。

提出者記入欄（被保険者ではない者が申請書を提出する場合に記入）

フリガナ		被保険者との関係
提出者氏名	印 ※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。	続柄（　　）
提出者住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）	
送付先指定	上記住所および氏名を、決定通知書の送付先に　□指定する　□指定しない	

振込先口座情報（口座名義人が被保険者と異なる場合は委任状も記入）

銀行コード	銀行名	支店番号	支店名

種別	口座番号	口座名義人
□１．普通 □２．当座 □３．貯蓄		フリガナ

委任状（口座名義人が被保険者と異なる場合に記入）

委任状

受任者（口座名義人）　　住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任します。

委任者（被保険者）　　氏名　　印

※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。

※市記入欄　（□初回申請　□振込先口座変更）（□介護給付　□予防給付）（□基準収入額適用）

支給対象実績月（○, △, ×）と所得段階（⑤, ④, ③, ②, ①）														□単独　□世帯合算	受付印
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	所得段階	世帯集約番号	
年度														□世帯分離	
年度														（　　）	
年度														令和　年　月　日	