

# 申請書の書き方・注意点

- ※1) 被保険者の個人番号（マイナンバー）12桁を記入してください。マイナンバーカードを作成していない場合は、記入不要です。
- ※2) 被保険者の世帯状況をご記入ください。単独世帯の場合は記入不要です。
- ※3) 申請者（被保険者）の氏名・住所・電話番号を記入してください。ご家族や事業所が代筆または代理申請される場合は、代理人欄に氏名・続柄・電話番号を記入してください。書類不備や口座不能の場合に必要ですので、電話番号は必ず記入してください。
- ※4) 振込口座は、被保険者本人名義（被保険者が亡くなっている場合は、相続人名義）のものをご登録ください。諸事情により被保険者本人（または相続人）以外の口座へ振込を希望される場合は、被保険者本人（または相続人）からの委任（委任状）が必要です。

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書										
対象年月 令和 年 月										
フリガナ	サツマ ハナコ			保険者番号	4 6 2 1 5 0					
被保険者氏名	薩摩 花子			被保険者番号	* * * * * * * * * *					
生年月日	昭和 11 年 11 月 11 日	性別	女	個人番号						※1
住所	〒 895-8650 薩摩川内市 × × 町 × 番 × × 号									
	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 個人番号						※2
世帯主										
世帯員										
薩摩川内市長 様										
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。										
申請者 (被保険者)	年 月 日	住所	氏名	電話番号						※3
代理人	氏名	続柄	電話番号							
<p>注意 ・ 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。</p> <p>・ また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。</p> <p>・ 給付制限を受けている方については、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。</p> <p>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。</p>										
口座振替 依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所		種目	口座番号				※4
	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					
口座名義人（カナ）										