

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

年 月

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|--------|------|----|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯 構成 | 世帯主 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(宛先)春日井市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者</p> <p>氏名</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。(いずれかに☑してください。)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (マイナポータル等で事前に公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。) ※ 市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。 ※ 振込口座を変更する場合はあらためて金融機関変更届の提出が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(以下に口座情報を記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 種 目 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

-----ここからは記入しないでください-----

| | | |
|-----|-----|------|
| 受 付 | 入 力 | 内容確認 |
| | | |