

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															
				個人番号															
生年月日		年 月 日																	
住 所		電話番号																	
		氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合															
				被保険者番号															
				個人番号															
世帯構成	世帯主																		
	世帯員																		
大和郡山市長 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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者（被保険者） 氏名																			

注意 ・ 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。

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。

口座振替 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合				本 店 支 店 出張所			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																		

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

・ 振込先が被保険者本人以外の口座の場合は、裏面の委任状もご記入下さい。

〈裏面〉

年 月 日

大和郡山市長 宛

委 任 状

私は下記の者を代理人と認め、介護保険高額介護（予防）サービス費の受領に関することを委任します。

記

〈申請者〉 住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈代理人〉 住 所 _____

氏 名 _____ 印

TEL _____

(申請者との続柄)

受領委任をしなければならない理由（必ずご記入ください）

[]

※委任状は被保険者本人以外の口座に振り込みを行う場合のみご記入ください。