

太枠 内を記入してください

受付番号

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書・
総合事業高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ	フクオカ タロウ		保険者番号	4 0 1 3 0 0											
	氏名	福岡 太郎		被保険者証番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7											
	生年月日	明・大・昭 10年1月23日		個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1											
	住所	〒123-4567 福岡市〇〇区〇〇2丁目2-2		(電話番号)												
世 帯 構 成	氏名	生年月日		被保険者証番号												
		年 月 日		個人番号												
	同一世帯で要介護認定を受け介護サービス利用している者	氏名		生年月日		被保険者証番号										
		年 月 日		年 月 日		個人番号										
介護老人保健施設又は介護医療院が行う施設独自の利用者負担額減免の有無 ※注1												有・無				

12桁の個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。
※番号確認書類を添付してください。

上記のとおり、高額介護(予防)サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費(以下「高額介護(予防)サービス費等」という。)の支給を申請します。

(私の世帯の状況、収入・課税状況、年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。また、高額介護(予防)サービス費等に過誤調整等が生じた場合は、後日支給される高額介護(予防)サービス費等との相殺を承諾します。)

令和 5年 5月 1日

(宛先) 福岡市 〇〇 区長

〇この欄は、代理申請または提出代行の場合のみご記入ください。被保険者ご本人が申請される場合は記入不要です。

申請者 (代理人)	住所	福岡市〇〇区〇〇1丁目1-1		
	氏名	天神 花子	電話番号	111-1111
提出代行者	氏名(事業所名)	被保険者本人が申請者の場合は記載不要です。		

〇高額介護(予防)サービス費等の受領方法について1もしくは2のどちらかの口に✓をしてください。

1 下記口座への振込を希望する。(公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。)

金融機関名	博多		銀行・農協 金庫・組合	天神	本店 支店
口座番号	普通 当座	0 1 2 3 4 5 6	フリガナ 口座名義人	フクオカ タロウ 福岡 太郎	

※振込先は、原則として被保険者本人の口座となります。

2 本人の公金受取口座への振込を希望する。

<公金受取口座への振込を希望する場合の注意事項>

事前にマイナポータルから公金受取口座の登録が必要です。

受取口座の変更・抹消を行なった場合、変更・抹消前の公金受取口座に振込む場合があります。

・被保険者本人名義の公金受取口座のみ利用できます。(相続人や代理人名義の口座は利用できません。)

注1) 社会福祉法人等... につき行う無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業において、施設から利用者負担額の減免を受け... 無の状態が変更した場合はお申し出ください。

※領収書 本人の公金受取口座への振込を希望する場合は、注意事項を必ず確認してください。

記載不要