

**記入例**

介護保険高額介護(予防)サービス費・  
高額介護予防サービス費相当支給費

受付印

枠内を記入してください。

フリガナ	コウイキ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	広域 太郎		個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
生年月日	明治・大正(昭和) 14年 3月 4日	性別	男												
住所	〒 476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1 電話番号 (052) 689-2263														
世帯構成	氏名	生年月日	性別	被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合のみ)											
	世帯主	広域 太郎	明・大(昭)・平 14年 3月 4日	男	女	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	世帯員	広域 花子	明・大(昭)・平 16年 5月 5日	男	女	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4
	世帯員														
(宛先)知多北部広域連合長 上記のとおり高額介護サービス費 ○○年 ○○月 ○○日 住所 東海市荒尾町西廻間2番地の1 申請者 電話番号 (052) 689-2263 氏名 広域 次郎 被保険者との続柄 (長男)															

申請時の必要書類

- ① 同封の「介護保険高額介護サービス費・高額介護予防サービス費相当支給費支給申請書」
- ② マイナンバー(個人番号)の確認ができるもの(通知カード等)
- ③ 窓口に来られる方の写真付き本人確認書類(運転免許証、パスポート等)
- ④ 窓口に来られない被保険者からの代理権が確認できるもの(委任状、介護保険被保険者証、健康保険証等)

※ 詳しくはお住まいの市町の介護保険担当窓口へお問い合わせください。

枠内を記入してください。

※今回の支給以降、高額介護サービス費、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支給費の支給に際して、申請手続は不要となります。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。  
 ※給付制限を受けている方については、高額介護サービス費、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支給費の支給ができません。

上記の給付費等を次の口座に振り込んでください。

振込口座	連合 銀行 東海 本店	種目	口座番号	0	9	8	7	6	5	4
	信用金庫 農協 支店 出張所	① 普通	フリガナ	コウイキ タロウ						
	金融機関コード 店舗コード	2 当座	口座名義人	広域 太郎						
委任欄	年 月 日 (被保険者) 住所 氏名 私は次の者を代理人として給付費等の受領に關す (代理人) 住所 氏名									

この欄は、振込口座の名義人が、  
被保険者本人でない場合に  
記入してください。

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

保険者記入欄

区分	課税等の状況
1 単独	市町村民税課税状況
2 合算	(減免後の世帯の課税状況) 課税・非課税 老齢福祉年金の受給 有・無 生活保護の被保護者 該当・非該当

保険者		市町		
係長	係	課長		受付者