

# 介護保険 高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

<被保険者>

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所 (建物名等)		被保険者番号			

<申請者> (介護保険の被保険者) ※被保険者が死亡している場合は承継人

北見市長 様 (申請日) 年 月 日  
 上記のとおり、高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (記入不要)	日中連絡先	-	-	
		続柄	被保険者から見て		

- ・今回の支給以降、高額介護(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。
- ・また、支給金額は今回指定した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(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

<振込先口座> ※原則として申請者の口座を指定してください

口座名義人	カナ										
郵便局の通帳に振込	通帳の記号					通帳の番号					
	1			0	-					1	
銀行口座に振込		口座番号									
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		本店	<input type="checkbox"/> 普通								
		支店	<input type="checkbox"/> 当座								

市処理欄  
-

北見市使用欄

本人確認	申請者	添付書類	受付	入力	審査
①番・免・パ・手帳 他( )	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/>			
②証・年金・児童・ パス・社員・学生 他( )	<input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/>			
③ヒア	代理権確認手段	<input type="checkbox"/>			

