



※太枠で示した部分を、別紙「介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請書」にご記入ください。

## 記載要領

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費 支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	ノボリベツ タロウ	被保険者番号	
	登別 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 10年 6月 1日	性別	男・女
住所	〒059-8701 登別市中央町6丁目11番地	被保険者証のご住所をご記入ください。 電話番号 0143-85-5720	

登別市長様

次のとおり、

高額の

丸をつけてください。

給付を申請します。

( ) 高額介護サービス費の申請額の受領について、

施設住所

被保険者本人のお名前・ご住所をご記入ください。  
※押印を忘れずをお願いします。

施設・代表者名

印に委任し

令和 2年 5月 28日

申請(委任)者住所 登別市中央町6丁目11番地

申請(委任)者氏名 登別 太郎

登別

注意 ・給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービスの支給ができない

場合

被保険者本人の銀行の口座情報をご記入ください。

・今回

ゆうちょ銀行を指定される場合は、記号と番号をご記入

申請手続きは不要です。

(1) 高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	室蘭 信用金庫 信用組合	幌別 支店 出張所	普通 2 当座	1234567
	フリガナ	ノボリベツ タロウ		
	口座名義人	登別 太郎		

(2) 市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 /	▽市道民税の課税等の有・無 □市道民税課税世帯 □市道民税非課税世帯 □高齢福祉年金等受給世帯
高額介護負担(利用者)の上限額		円	

登別

捨印をお願いします。

※太枠で示した部分を、別紙「介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請書」にご記入ください。

# 記載要領

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費 支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	ノリベツ タロウ	被保険者番号	
	登別 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 10年 6月 1日	性別	男・女
住所	〒059-8701 登別市中央町6丁目11番地	被保険者証のご住所をご記入ください。 電話番号 0143-85-5720	

登別市長様

次のとおり、 高額の給付を申請します。

高額の給付（ ）高額介護サービス費の申請額の受領について、

施設住所

相続人代表者のお名前・ご住所をご記入ください。  
※押印を忘れずをお願いします。

施設・代表者名

印 に委任し

令和 2年 5月 28日

申請(委任)者住所 登別市中央町6丁目11番地

申請(委任)者氏名 登別 花子

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービスの支給ができない場合があります。  
・ 今回、ゆうちょ銀行を指定される場合は、記号と番号をご記入してください。申請手続きは不要です。

相続人代表者の銀行の口座情報をご記入ください。

(1) 高額介護(介護予防)サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	室蘭 信用金庫	幌別 支店	普通 当座	1234567
	フリガナ	ノリベツ ハナコ		
	口座名義人	登別 花子		

(2) 市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 /	▽市道民税の課税等の有・無 □市道民税課税世帯 □市道民税非課税世帯 □高齢福祉年金等受給世帯
高額介護負担(利用者)の上限額		円	

登別

捨印をお願いします。