



※太枠で示した部分を、別紙「高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費支給申請書」にご記入ください。

## 記載要領

高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費 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	被保険者証のご住所をご記入ください。	
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	電話番号 0143-85-5720	

登別市長様

次のとおり、 高額介護予防サービス費の支給を申請します。

高額介護予防・日常生活支援総合事業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 今回の申請は、被保険者本人の銀行の口座情報をご記入ください。ご記入がない場合は、申請手続きはできません。  
ゆうちょ銀行を指定される場合は、記号と番号をご記入ください。

(1) 高額介護予防サービス費相当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「高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費支給申請書」にご記入ください。

## 記載要領

高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費 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	被保険者証のご住所をご記入ください。	
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	電話番号 0143-85-5720	

登別市長様

次のとおり、 高額介護予防サービス費の支給を申請します。

高額介護予防・日常生活支援総合事業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。  
※押印を忘れずにお願いします。

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

登別

注意 今回の申請は、相続人代表者の銀行の口座情報をご記入ください。ご記入がない場合は、申請手続きはできません。

相続人代表者の銀行の口座情報をご記入ください。  
ゆうちょ銀行を指定される場合は、記号と番号をご記入ください。

(1) 高額介護予防サービス費相当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 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)の上限度額			円

登別

捨印をお願いします。