

様式第33号 (第25条関係)

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		保険者番号	012054(室蘭市)			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年月日	性別	男・女			
個人番号						
住所(本人)	〒		電話番号			
	氏名 個人番号	生年月日	性別	介護保険被保険者番号		
世帯構成	本人					
	介護認定を受けている世帯員					
(宛先)室蘭市長 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。  年 月 日  住所 申請者 氏名 印 電話番号						

注意 ・ 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は、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込みます。  
 ・ 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。  
 ・ 本人以外の口座を指定する場合は、委任状が必要です。

高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号					
	フリガナ 口座名義人		-						1

市記入欄

区分	世帯集約 番号	領収証 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況を把握)

<記入例>

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	ムラン ジロウ		被保険者番号、個人番号(マイナンバー)をご記入ください。							
被保険者氏名	室蘭 次郎		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	11年11月22日	性別	男・女						
個人番号										
住所(本人)	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		電話番号 0000-00-0000							
世帯構成	氏名	生年月日	性別	介護保険被保険者番号						
	個人番号									
	本人	室蘭 次郎	T11. 11. 22	男		2	2	2	2	2
介護認定を受けている世帯員	室蘭 花子	S2. 2. 2	女		3	3	3	3	3	
世帯員がいる方については、世帯員の被保険者番号、個人番号(マイナンバー)もご記入ください。										
北海道室蘭市長 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。										
令和 年 月 日 ← 申請年月日をご記入ください。										
申請者	住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		ご記入いただいている方のお名前、ご住所です。						
氏名	室蘭 次郎		印 電話番号 0000-00-0000							

注意・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は、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込みます。

- ・給付制限を受けている方の場合があります。
- ・本人以外の口座を指定する場合は

銀行・信用金庫・労働金庫・組合のいずれかを指定し、ご記入ください。  
金融機関コード・店舗コードがわからない場合は未記入でかまいません。

高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他							
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号						
	フリガナ		-							1
口座名義人										

\*ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号(5桁)と通帳番号の両方を必ずご記入ください。

必ずフリガナをご記入ください。  
ご本人名義以外の口座を希望される場合は委任状が必要となりますので、お問い合わせください。

市記入欄	区分	世帯集約番号	給付制限状況	(所得分布の状況を把握)
	1.単独 2.合算		有・無 給付割合	