介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書 兼 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

（新規・変更）

個人番号											

被保険者名	被保険者番号
（フリガナ）	
	生年月日
	年　月　日

被保険者住所
電話番号：（　　）　—

連絡先（※この申請についての問合せに対応できる方を記入してください。）	
（フリガナ） 名前　（続柄：　　）	電話番号：（　　）　—
住所　□上記住所と同じ（記入を省略できます。）	

福山市長様

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事業費の支給を申請します。

なお、この申請に関して、私の世帯の所得、課税状況、年金収入金額、老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無に関する内容について調査することに同意します。

また、支給に際しては、次の口座に振り込んでください。

年　月　日

申請者（被保険者）名

振込口座	金融機関名	支店名	預金種目（該当に○）	口座番号（7桁・右詰め）
			1 普通預金 2 その他 （　　）	

ゆうちょ銀行口座を記号・番号で記入する場合	預金種目（該当に○）	通帳記号（5桁）	通帳番号（8桁・右詰め）
	1 普通預金（通常預金・総合口座） 2 貯蓄預金（通常貯蓄貯金）	1　　0	1

口座名義人カナ	（カタカナで記入してください。）

※ 振込口座は、原則本人名義の口座を御指定ください。やむを得ず、本人以外の口座を希望する場合は、法定相続人・遺言執行者の口座を指定することができます。なお、その場合は被保険者本人と口座名義人の続柄がわかる書類の写しを添付してください。

【注意事項】

1 申請は初回のみとし、以降、高額介護（予防）サービス費等が支給される場合、申請手続は不要です。

2 指定された口座など、申請書の記載内容について変更のある場合は、再度申請書の提出が必要となります。

3 高額介護（予防）サービス費等の支給があった後に、事業所の請求誤り等により支給額に変更が生じた場合は、返還を求めることがあります。

4 給付額減額の措置を受けている方は、その期間中の利用分については、高額介護（予防）サービス費の支給を受けることができません。

受付担当者名	受付印