

黒滝村介護保険 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				被保険者番号			
	氏 名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男・女	
	住 所	〒 -			電話番号 ()			
		氏 名	生 年 月 日	性 別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号			
世 帯 構 成	世帯主		年 月 日	男・女				
	世帯員		年 月 日	男・女				
			年 月 日	男・女				
			年 月 日	男・女				
			年 月 日	男・女				
<p>黒 滝 村 長 様</p> <p>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。今後支給される高額介護（介護予防）サービス費は、下記口座に振り込んで下さい。なお、村が私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況等を調査することに異議ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名（被保険者） _____ 印</p>								

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称		<input type="checkbox"/> 本店		金融機関番号		店 番	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店 支所 出張所					
	預金種別	1 普通 2 当座	預金	口座番号				
	フリガナ							
口座名義人								

注 意

1. 上記太枠内を記入して下さい。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
2. 被保険者本人以外の口座振込を希望される場合は、委任状（裏面）が必要です。
3. 「連絡先電話」はこの申請について問い合わせのできる方の電話番号を必ずご記入ください。
4. 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、当該年度中の申請手続きは不要となります。また、支給額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
5. お振込手続きの際、振込先金融機関名・預金口座番号・口座名義に相違があると、お振込のできない場合がありますので、振込先口座のご記入については特にご留意くださいますようお願い申し上げます。
6. 申請後、振込口座を変更される方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができません場合があります。
7. この申請書に記載された個人情報は他の目的に利用することはありません。

(裏 面)

◎ この委任状は、表面にある「口座振替依頼欄」の「口座名義人」が申請者(被保険者)と名義が異なる場合のみ記入して下さい。

		年	月	日
委 任 状				
黒 滝 村 長 様				
委任する人				
住 所 _____				
氏 名 _____ 印				
私は次の者を代理人と定め、 ス費の受領に関する権限を委任します。		年	月	日申請の高額介護(介護予防)サービス
委任される人(代理人)				
住 所 _____				
氏 名 _____				

注意

1. 「委任する人」は表面の「申請者(被保険者)」を記入し、表面と同じ印を押印して下さい。
2. 「委任される人(代理人)」は表面の「口座名義人」となる方を記入します。表面の「口座名義人」の記載と一致している必要があります。