

高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号		3	3	1	0	0	9
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	大・昭 年 月 日生	個人番号							
住 所	〒								
	電話番号								
	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合						
			被保険者番号						
			個人番号						
世帯構成	世帯主		大・昭・平						
	世帯員		大・昭・平						
			大・昭・平						
岡山市長 様									
上記のとおり、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。									
年 月 日									
住所									
申請者 氏名									
電話番号									

申請者：本人・法定代理人(後見人等)・相続人(遺言執行者含む)

高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所 支 所	種 目	口座番号
申請済みの方で 口座変更希望の方は チェックしてください  <input type="checkbox"/>	金融機関コード	店舗コード	普通預金	
	フリガナ			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を 利用します	口座名義人			
※ 給付金等の受取口座として、マイナンバーとともに国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 チェックしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記枠部)の記載は不要です。				

注意

- ・申請者以外の口座に振り込む場合、委任状等が必要です。
- ・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
- ・給付制限を受けている方については、本支給ができない場合があります。

<岡山市記入欄>

老 福	境界層	委任状	申立書	戸籍等	口座のみ	口座入力
有・無	有・無					