

介護保険高額介護（予防）サービス費支給変更申請書

フリガナ		保険者番号		2	7	2	2	1	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)	性別			
住 所	〒 電話番号								
柏原市長 様 下記のとおり高額介護(予防)サービス費の振込口座を変更します。 また、再審査等の結果、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について減額の決定がなされた場合、 次回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と調整した額での支給に同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 住所 電話番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 申請者 氏名 電話番号 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">(被保険者との関係)</div>									

- 注意**
- ・ 今回の支給以降に高額介護（予防）サービス費の支給が発生する場合、今回申請した指定口座に振り込まれます。
 - ・ 給付制限を受けている方は高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
 - ・ 申請の際は申請者様の身分を証明できる書類（免許証等）のコピーを添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行	本店	種目	口座番号								
	信用金庫	支店		1 普通								
	農協	出張所	2 当座									
	金融機関コード			店舗コード			3 その他					
フリガナ												
口座名義人												

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)
2 合算			

委任状

代理人住所

代理人氏名

上記の物を代理人と認め、介護保険高額介護(予防)サービス費支給(変更)申請について権限を委任します。

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

印

誓約書

柏原市介護保険の被保険者である _____ に係る介護保険高額介護(予防)サービス費支給(変更)申請に関して、当該被保険者が申請の権限を委任できない状況であることから、相続人を代表して _____ である私 _____ が行い、他の相続人と紛議を生じた場合においても相続者間で解決するものとし、私が一切の責任を負うことを誓約いたします。

柏原市長様

代表相続人住所

代表相続人氏名

印

被保険者との続柄
