

水戸市長 様

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

(年 月分)

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。

高額介護サービス費等の支給を受ける方の氏名等を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号								0	8	2	0	1	6	
	氏名		被保険者番号														
			個人番号														
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女													
	住所	〒															
電話番号 ()																	
該当月分の支払額合計 円																	

保険者確認欄 (申請者による記載不要。ただし、水戸市に住民票のない方(住所地特例の適用を受けて介護保険を受給している方)で、同一の世帯にこの申請に係る被保険者以外の要介護(要支援)被保険者がいる場合は、世帯構成を必ず記入してください。)

		氏名	生年月日	性別	介護保険 被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合のみ)												
世帯 構 成	世帯主																
	世帯員																

(本申請に係る委任)

私(被保険者)は、次の事項について委任します。

- 本申請については、下記の申請者を代理人と定め申請に係る一切の権限(取下げに関する権限を含む。)を委任すること。
- 本申請に係る保険給付の受領については、下記の口座名義人が受領すること。

被保険者氏名

印

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏名及び印		印	本人との関係	
	住所	〒			
電話番号 ()					

上記の高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	口座名義人	預金種目	金融機関コード	店舗コード	口座番号														
					銀行	本店	①	普	通										
							②	当	座										
							③	貯	蓄										
信用金庫	支店																		
信用組合	出張所																		
(本人との関係)																			
電話番号 ()																			

提出及び問合せ先

〒310-8610 茨城県水戸市中央1丁目4番1号
水戸市保健福祉部 介護保険課給付係

電話 029-232-9177(直通)