

黒く色のついた欄の記入を確認してください。

記入見本

水戸市長 様

介護保険高額介護サービス費等支給申請書 (令和〇年〇月)

被 保 険 者	フリガナ	ミト ハナコ	保険者番号	0 8 2 0 1 6
	氏名	水戸 花子	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
	生年月日	大正 10年10月10日生	個人番号	
	住所	水戸市中央*-*-* 南町*-*-*	性別	女
利用者負担額 (該当月分の支払額合計)		34,567 円		

①記入内容に変更がある場合は、二重線で抹消し、新たに変更内容を記入してください。なお、「利用者負担額（該当月分の支払額合計）」欄には、当該月分の1割又は負担が記載されます。

世帯構成	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)												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
世帯主																
世帯員																

②申請者又は口座名義人が本人以外の場合は、必ず被保険者ご本人の押印をしてください。

(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。
(1) 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。
(2) 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 **水戸 花子** 印

申 請 者	氏名及び印	水戸 太郎 印	本人との関係	長男
	住所	〒310-0000 水戸市中央0-0-0 電話番号 029 (***)****		

③実際にこの申請書を提出する方(被保険者のご家族など)について記入してください。なお、施設が代理で提出する場合は施設名称等を記入してください。

銀行	信用金庫	信用組合	本店	支店	出張所	預金種目	金融機関コード	店舗コード	口座番号
〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	****	****	*****
フリガナ	ミト ハナコ								
口座名義人	水戸 花子								

④口座の記入がない場合は、振込口座等について記入してください。(金融機関コード・店舗コードがわから

【連絡先の記入について】
口座への振込みに問題が生じた場合に連絡を取るために、必ずいずれかの欄に電話番号の記入があることを確認してください。