

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						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号						
	住所	〒 電話番号 ()							
利用者負担額 (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	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

自署の場合は、押印を省略できます。

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		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。

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
		① 普通 ② 当座			
フリガナ					
口座名義人		(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
水戸市福祉部 介護保険課給付係
電話 029-232-9177(直通)