

の部分を記入してください。

水戸市長 様

見本

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	ミト タロウ	保険者番号	0 8 2 0 1 6
	氏名	① 水戸 太郎	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	生年月日	明・大・昭2年3月10日生	個人番号	0123 4567 8910
	住所	〒310-8610 水戸市中央1-4-1 電話番号 029 (232) 9177		
利用者負担額 (該当月分の支払額合計)		円		

①被保険者(介護サービスを受けた人)本人について記入してください。被保険者番号・個人番号欄は未記入でも手続きできます。その場合、市役所で確認することがあります。御了承ください。

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。

- (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 ② 水戸 太郎 

自署の場合は、押印を省略できます。

②被保険者本人以外が手続きする場合は、この欄に被保険者の署名と押印が必要です。

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏名及び印	③ 介護 花子	本人との関係	長女
	住所	〒310-0011 水戸市三の丸1-5-48 電話番号 029 (224) 1111		

③この申請書を代理で提出する方について記入してください。問題が生じた場合などはこちらの方に連絡いたしますので、電話番号は日中つながりやすいものを御記入ください。

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。

④ 福祉	銀行	本店	預金種目	金融機関コード	店舗コード	口座番号
	信用金庫 信用組合	支店 出張所	①普通 ②当座	0000	000	0000000000
フリガナ	ミト タロウ					
口座名義人	水戸 太郎 (本人との関係 本人) 電話番号 029 (232) 9177					

④振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、名義人等を記入してください。金融機関コード・店舗コードについては、わからない場合空欄にして構いません。

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)