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	フ.リ.ガ.ナ.		保険者番号	0 8 2 0 1 6					
	氏 名	৺ 水戸 太郎	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
保	生年月日	明・大・昭2年3月10日生	個人番号	0123 4567 8910					
険		〒 310-8610							
者	住 所	水戸市中央1-4-1							
		電話番号 029(232) 9177							
(該)	利用者負担額 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。)

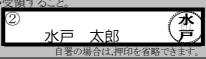
				氏	名	生年	月日	介護保険 被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合のみ)				
世	世	帯	主									
帯												
構	世	帯	員									
成												

(本申請に係る委任)・

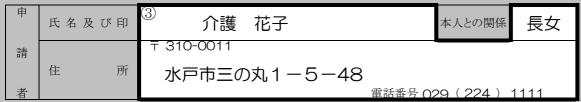
私(被保険者)は、次の事項について委任します。

- (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。

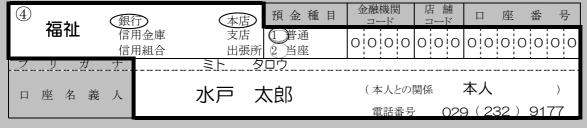
被保険者氏名



#### 申請者が本人以外の場合は, 記入してください。



## 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。



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) 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。

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。

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。

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。