

様式第23号（第17条関係）

## 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

見本

フリガナ	ミト タロウ	保険者番号	0 8 2 0 1 6
被保険者氏名	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	昭和2年3月10日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
住所	水戸市中央1-4-1	電話番号	029-232-9177
本人支払額			
備考			

水戸市長様

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

令和8年1月5日

〒310-8610

申請者 住所 水戸市三の丸1-5-48 電話番号 029-224-1111

②

個人番号

氏名 介護 花子

※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

		氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合	
				被保険者番号	
				個人番号	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

注意・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しておられ、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。

- ・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
- ・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）							
	公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。							
口座振込依頼欄	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する ③							
	福祉 ④ (銀行 信用金庫 農業 協同 ( ))	本店 支店 ( )	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗番号	① 普通 2 当座預金 3 その他 ( )	0	0	0	0	0
	ゆうちょ銀行	記号						
	フリガナ	ミト タロウ						
	口座名義人	水戸 太郎						

(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、上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、上記の口座名義人が受領すること。

⑤

被保険者氏名

印

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ができます。その場合、市役所で確認することができます。御了承ください。

②この申請書を代理で提出する場合は、代理の方で記入してください。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してください。

③公金受取口座は利用できません。振込口座を指定するに□をつけてください。

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。金融機関等コード・店舗コードについては、わからない場合は空欄にして構いません。

⑤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。