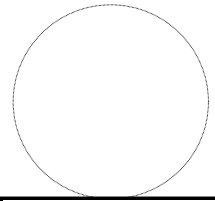


介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書
(年 月分)



フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2 9 2 0 1 1			
	被保険者番号					
	個人番号					
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女			
住 所	〒 電話番号					
該 当 月 分 の 支 払 金 額 合 計						
(宛先) 奈良市長 上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 _____ 電話番号 (連絡先)						
上記高額介護(予防)サービス費の受領を次の者に委任します。 年 月 日 受任者 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者 住 所 _____ 氏 名 _____						

注意 ・ 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、申請手続きは不要となります。
 また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 ・ 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)サービス費について、口座変更申請をしない限り下記の口座に振り込んでください。

氏名 _____

口座振込 依 頼 欄	金融機関名	店舗名	預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

市記入欄

確 認 欄	申請	法定 ・ 委任状 ・ 本人	番号	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ ()
	身元	番号カード ・ 運転免許証 ・ 介護支援専門員証 ・ 被保険者証(介護・医療) ・ ()		
			交付日	確認

(注意) 口座振込は、原則として被保険者の口座をご記入ください。やむをえない場合のみ、ご家族に受領委任をしたうえで、その方の口座をご記入ください。

同意書

(宛先) 奈良市長

介護度が要介護状態から要支援状態に改善する等で、介護予防・日常生活支援総合事業で介護保険高額介護(予防)サービス費支給が発生した場合、今回申請した口座情報を担当課へ提供することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名