

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書
年 月

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	
住 所			
(申請先) 浜松市長 高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話			

捨
印

高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所		口座種別	口座番号				
	金融機関 コード			店 舗 コード	普通預金 当座預金 ()					
	フリガナ									
	口座名義人									

(備考) 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、支給金は今回申請した指定口座に振り込まれます。
被保険者が死亡された場合は、「相続人代表者に関する届」にて届出をした口座をご記入ください。

※被保険者と口座名義人が異なる場合は「受領委任に関する届」の欄をご記入の上、押印してください。

受領委任に 関する届 (被保険者本人 と口座名義人 が異なる場合)	高額介護（予防）サービス費の支給金の受領を、 住 所 受任者 に委任します。 氏 名 印..... ※受任者と被保険者本人の印は、 別々の印を押してください。 住 所 被保険者本人 (委任者) 氏 名 印.....
---	--

※被保険者が死亡された場合は「相続人代表者に関する届」にて届出をした相続人代表者を下記にご記入ください。

相続人代表者 (被保険者本人 が死亡され た場合)	住 所 氏 名
------------------------------------	------------------------

<浜松市記入欄>

個人番号記載時 確認欄	個人番号確認	申 請 者 確 認		
		□本人による申請	□代理人による申請	
	□実施 ()	・身元確認 □運転免許証	・代理権確認 □介護保険証	・身元確認 □運転免許証
	□未実施	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()