

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書兼  
 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)		保険者番号		0 9 2 0 1 5				
		介護保険 被保険者番号		0				
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		個人番号				
住 所		〒 宇都宮市		電話番号：				
本人 以外 の 世 帯 員	氏 名			介護保険 被保険者番号		0		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号				
	氏 名			介護保険 被保険者番号		0		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号				
	氏 名			介護保険 被保険者番号		0		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号				
令和 年 月 日 (あて先) 宇都宮市長 上記のとおり、令和 年 月分(以降)の高額介護・高額介護予防サービス費及び高額介護予防 サービス費相当事業費の支給を申請します。 ◎支給内容の通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)								
送 付 先		〒		電話番号：				
		住所：						
		氏名：						

【注意】・給付制限を受けている方は、高額介護・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。  
 ・今回の支給以降、高額介護・高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費が支給される  
 場合、申請手続きは不要となり、利用月の2~3か月後に今回指定された口座に振り込まれます。  
 ◎上記の給付費及び事業費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号				
	金融機関コード	店 舗 コ ー ド	1 普通預金 2 当座預金					
	フリガナ 口座名義人							

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。  
 ・申請後、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、申請書の右上「**口座変更**」  
 に○をつけ、再度、申請書をご提出ください。

受 付	
-----	--

〈裏面〉

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

### 委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

(被保険者)

・住 所：宇都宮市

・氏 名：

私は、高額介護・高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所：

・氏 名：

(続柄： )

宇都宮市 記入欄

利用区分	負担割合
1 介護(予防)サービスのみ ・ 2 総合事業のみ	1割 ・ 2割 ・ 3割
3 介護(予防)サービスと総合事業の両方	

世帯区分	給付制限	備 考
1 単 独 2 合 算	有 ・ 無 給付割合 %	生保 ・ 老福 ・ 非課税 ・ 課税 年 月 ~ 年 月 不支給 ・ 支給 円

# 《 記 載 例 》

## 介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書兼 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	ウツノミヤ タロウ  宇都宮 太郎	保険者番号								0	9	2	0	1	5	
		介護保険 被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
生年月日	明・大(昭)10年10月10日生	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
住 所	〒320-8540		電話番号：632-906													
	宇都宮市 旭1-1-5		マイナンバーを記入してください。													
本人以外 の世帯 員	氏 名	宇都宮 花子	介護保険 被保険者番号	0	0	2										
	生年月日	明・大(昭)11年11月11日生	個人番号	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	
	氏 名		介護保険 被保険者番号	0												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号													
	氏 名		介護保険 被保険者番号	0												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号													

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり、令和〇〇年〇〇月分(以降)の高額介護・高額介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。

◎支給内容の通知を下記に送付して下さい。(被保険者以外の住所へ送付する場合に記入してください)

支給決定通知書を送付いたしますので、現住所以外へ送付する場合のみ、記入してください。

送 付 先	〒320-0000	電話番号：60								0	0	0	0	0	0
	住所：宇都宮市〇〇町〇〇〇-〇〇	支給決定通知書を送付いたしますので、 <u>現住所以外へ送付する場合のみ</u> 、記入してください。													
	氏名： 宇都宮 次郎														

【注意】・給付制限を受けている方は、高額介護・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。

・今回の支給以降、高額介護・高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費は不要となり、利用月の2~3か月後に今回指定された口座に振り込まれます。

◎上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

振込口座を記入してください。被保険者本人以外の口座への振込の場合は、裏面の委任状欄も記入してください。

口 座 振 込 依 頼 欄	〇 〇	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所	種 目							
	金融機関コード	店 舗 コード	1 普通預金 2 当座預金	1	2	4	5	6	7		
	フリガナ 口座名義人	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎									

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

・申請後、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、申請書の右上「口座変更」に○をつけ、再度、申請書をご提出ください。

受 付

〈裏面〉

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

### 委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

(被保険者)

・住 所 : 宇都宮市

・氏 名 :

私は、高額介護・高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所 :

・氏 名 :

(続柄 : )

受任者欄には、振込口座名義人の住所・氏名・被保険者との続柄を記入してください。

宇都宮市 記入欄

利用区分	負担割合
1 介護(予防)サービスのみ      ・      2 総合事業のみ	1割   ・   2割   ・   3割
3 介護(予防)サービスと総合事業の両方	

世帯区分	給付制限	備 考
1 単 独	有 ・ 無	生保 ・ 老福 ・ 非課税 ・ 課税      不支給 ・ 支給 年 月 ~ 年 月      円
2 合 算	給付割合 %	