

## 介護保険高額介護サービス費等支給申請書

平成 年 月

フリガナ				保険者番号																
被保険者氏名				被保険者番号																
個人番号																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別															
住 所	〒														電話番号					
世帯構成		世帯主	氏 名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号														
		世帯員																		
<p style="text-align: center;">女川町長 様</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 ( ) 印</p>																				

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(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(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(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 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		3 その他							
口座名義人										

女川町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1. 単独 2. 合算		有・無 給付割合	

( )

**ご注意**

**高額介護サービス費の口座振込みをされている方でご本人の口座  
以外を指定される場合は、本書裏面の「委任状」に記入して下さい。**

<b>委任状</b>	
平成    年    年	利用以降の高額介護サービス費の受領を
<代理人>    住 所	_____
氏 名	_____ に委任しました。
	平成    年    月    日
	<委任状> (認定を受けている人)
住 所	_____
	氏 名
	_____