

高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（新規・変更）

フリガナ			個人番号 (マイナンバー)												
被保険者氏名			被保険者 番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女									
住 所	〒 _____ 電話番号 ()														
	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 構 成	世帯主														
	世帯員														
筑 後 市 長 様 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。 年 月 日 申請者（被保険者本人） 氏名 _____ 申請書記入者（本人記入の場合不要） 住所 _____ 電話番号 () _____ 氏名 _____ 申請者との関係 () _____															

注意 ・一度申請すれば、その後対象となった場合は自動的に高額介護サービス費を支給します。ただし口座番号など申請内容に変更があった場合は届けが必要です。
 ・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。

●次のいずれかに☑を入れてください。

- 公金受取口座を利用する（公金給付支給等登録制度においてマイナポータルに登録している口座への振込を希望）
 下記の口座への振込を希望します。（下記にご記入ください）

口座 振 込 依 頼 欄	銀行 金庫 農協組合 信用組合	本店 支店 出張所	種目 普通預金	口座番号										
	フリガナ（※）必ず記入													
	口座名義人													

※口座は原則として被保険者本人名義のものをご記入ください。
 ※ゆうちょ銀行は口座振込専用の店名・口座番号をご記入ください。

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	送付先入力	支払方法入力	備 考
1. 単独		有 ・ 無			
2. 合算		給付割合 _____			