

介護保険高額介護（予防）サービス費（相当事業）支給申請書
兼 口座振込・口座変更依頼書

フリガナ		サービス利用月	年	月～	年	月
被保険者氏名	被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号	
住所	(〒 -)					
振込に関する連絡先	氏名 被保険者との関係 () 電話番号 () - 携帯電話 () -					
振込先	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所			
	種別	口座名義人				
	普通・当座		(カタカナで記入)			

□ 支給申請	<p>北九州市長様</p> <p>介護保険高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。支給決定金額は上記の口座に振り込んでください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 被保険者との関係 ()</p> <p>※ 世帯内の介護（予防）サービス（総合事業を含む）利用者 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
-----------	---

□ 口座変更	<p>北九州市長様</p> <p>介護保険高額介護（予防）サービス費の振込口座の変更を、上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 被保険者との関係 ()</p>
-----------	--

・ 給付制限を受けている方は、高額介護（予防）サービス費の受給ができない場合があります。
・ 被保険者氏名と口座名義人が異なる場合は、裏面委任状欄に記入してください。

起案	令和 年 月 日	受付		担当		係長		課長		
決裁	令和 年 月 日	下記のとおり決定してよろしいか。								
審査内容		区分	単独	合算	給付制限		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
申請入力	決定入力	<input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市県民税課税世帯（一般） <input type="checkbox"/> 市県民税課税世帯（現役所得相当） <input type="checkbox"/> 他市町村からの転入により課税照会が必要			<input type="checkbox"/> 1月あたり 15,000円 <input type="checkbox"/> 1月あたり 24,600円 <input type="checkbox"/> 1月あたり 44,400円 <input type="checkbox"/> 1月あたり 44,400円 <input type="checkbox"/> 1月あたり 93,000円 <input type="checkbox"/> 1月あたり 140,100円		整理番号	<input type="checkbox"/> 自動 <input type="checkbox"/> 一般		
							支給決定額			
							円			

※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず委任状を記入してください。

委 任 状

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____

を代理人と定め、表面の介護保険高額介護（予防）サービス費（相当事業）の受領を
当該代理人に委任します。

委 任 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※市記入欄

	年 月 日 () 市・区・町・村に課税照会	
	年 月 日 () 市・区・町・村から回答	
調査対象者氏名		未申告・非課税・課税
		未申告・非課税・課税
		未申告・非課税・課税