

第13号様式の2（第13条関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	新居浜市	3	8	2	0	5	1	
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0				
		個人番号								
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒 -									
該当月分支払額合計									円	
<p>(宛先) 新居浜市長                  上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。                  また、既に支給した高額介護（予防）サービス費又は負担割合が変更された介護給付費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所                  (被保険者) 氏名 電話番号</p>										
第2連絡先	氏名				被保険者との関係					
	住所				電話番号					

注意事項

- 1 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、申請の手続は不要となります。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。
- 2 給付制限を受けている方は、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。

高額介護（予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号					
	銀行	本店		1 普通預金					
	農協	支店	2 当座預金						
	金庫	出張所	3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

市記入欄

審査	申請登録	結果登録

## 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市会計管理者

私が新居浜市から支払いを受ける高額介護（予防）サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任者 (被保険者)	住所
	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名

※口座名義人が申請者（被保険者）と異なる場合に、記入してください。

## 相続人代表者届出書

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市長

\_\_\_\_\_の死亡により高額介護（予防）サービス費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決します。

相続人	住所
	氏名

※申請前に被保険者本人が死亡されている場合に、記入してください。

### 市記入欄

受付	受付方法	個人番号確認	備考
	1 窓口 2 その他 ( )	1 通知カード又はその写し 2 個人番号カード又はその写し 3 その他 ( )	