

様式第22号（第5条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月 日

（宛先）白山市長

（申請者）  
住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり、高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。

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	年 月 日												
住 所 等	〒 電話番号												
			氏 名	生年月日	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												

注意

- 1 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。
- 2 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ください。

振込口座を指定する（口座の指定は公金受取口座の利用に優先します。）

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 金庫 農協	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									
				3 その他									
口座名義人		(フリガナ)											

（委任状）

私は、上記口座名義人\_\_\_\_\_を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費受領の権限を委任します。（本人との続柄\_\_\_\_\_）

申請者氏名 \_\_\_\_\_（署名又は記名押印）

公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入は不要です。）

- ※マイナポータルで登録済みの場合のみご利用できます。
- ※被保険者本人以外の公金受取口座はご利用できません。
- ※公金受取口座を変更又は抹消した場合は、必ず白山市への連絡が必要です。

※ 市記入欄（この欄には記入しないでください。）

区 分	保険料納付状況	負担上限額	備 考
1 単独	滞納保険料	1 15,000円	
		2 15,000円	
		3 24,600円	
2 合算	有 ・ 無	4 44,400円	
		5 93,000円	
		6 140,100円	