

様式第21（第23条関係）

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

フリガナ		保険者番号		4		6		2		0		1		0	
被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													
生年月日		年		月		日生									
住所		〒													
		電話番号													
世帯構成		氏名		生年月日		介護保険の被保険者の場合 被保険者番号									
		世帯主													
		世帯員													
<p>鹿児島市長 殿</p> <p>上記のとおり、高額介護サービス費等の支給を申請します。</p> <p>なお、支給の決定に関して、申請に関する事実を介護サービス事業者等に確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 連絡先</p>															

注

- この申請に対する支給の決定があった場合には、次回以降、高額介護サービス費等の支給についての申請手続は不要になります。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、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

利用する口座をどちらか1つ選択し、を入れて必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。													
		※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。													
		受任者（代理人）の個人番号													
<input type="checkbox"/>	振込先口座	銀行				本店									
		信用金庫				支店									
		信用組合				出張所									
		金融機関コード		店舗コード		預金種目		口座番号							
						普通・その他									
		口座名義人（フリガナ）													

市記入欄	住基確認済	戸籍確認済

委任状

受任者 住所 _____
(代理人) 氏名 _____

上記の者を代理人と定め、私の高額介護サービス費等に係る介護給付費の受領に関する一切を委任します。

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

委任者 住所 _____
(被保険者) 氏名 _____ 印

※ 被保険者名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。