

高額介護（介護予防）サービス費支給申請兼口座確認書

被保険者番号																					個人番号																				
フリガナ																			生年月日	年			月			日															
被保険者氏名																																									
住 所																																									
<p>熊本市長 様</p> <p>関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>また、熊本市から支払われる高額介護（介護予防）サービス費の請求を熊本市介護保険課長（同課長に事故があるときは、同主幹）に委任します。</p> <p>申請者 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名 電話番号 ()</p>																																									

高額介護(介護予防)サービス費を、次の指定口座へ振り込んでください。

申請理由： 口座変更のため 本人死亡のため その他 ()

金融機関名	支店	口座番号						口座名義人		
								(カナ)		
金融機関コード	店舗コード	預金種目								
		普通 ・ 当座								

注意・振り込みを申請される口座の通帳（写し）と被保険者証を添えてください。

- ・ 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、次回以降の申請の手続きは不要です。今回申請のあった指定口座に振り込まれます。
- ・ 給付制限を受けている方は、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）サービス費は2年で時効となり、申請できなくなりますのでご注意ください。

誓 約 書

熊本市長 宛

私は、高額介護（介護予防）サービス費に係る請求及び受領により、相続について問題が生じた場合には、責任をもって処理し解決にあたることを誓約します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

出張所、区役所使用欄

出張所受付印	出張所受付者	区受付印	区受付者	入力日	入力者	確認者