

### 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、次の口座へ振り込んでください。

申請理由： 口座変更のため（1又は2のいずれかを選択）  本人死亡のため（1のみ選択可）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

**1  振込口座を指定する**（この場合は、2 公金受取口座を利用する の  チェックは不要です。）

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。

**2  公金受取口座を利用する**（この場合は、1 の  チェック及び 振込口座 の記載は不要です。）

注意 ・ マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座を登録し、その口座に振込みを希望される場合は、に印を記入してください。

・ 公金受取口座の変更または登録抹消を行うと、反映までに一定の時間を要しますので、御希望の口座に振り込めない場合があります。

- ◆ 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