|  |
| --- |
| 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書 |
| （太枠の中を記入してください）　　　　　　 |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ４０２０２４ |
| 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・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 高額介護（介護予防）サービス費を指定する口座に振り込んでください（□に✔を入れてください）[ ]  公金受取口座を利用する**（マイナポータル登録済の方が指定できます）**　　※公金口座を利用される場合は下の口座の記入は不要です[ ]  次の口座を利用する |
| 口座振込依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 |
| 銀行信用金庫組合 | 本店支店 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 種目 | １普通預金（通常貯金）　２当座預金 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 令和　　　年　　　月　　　日大牟田市長　様高額介護（介護予防）サービス費の支給について、上のとおり申請します。 |
| **申請者（被保険者または相続人代表者）** |
| 住　所 | 〒　　　－ 　　　　　　　　　　　　　 　　　　 |
| 氏　名 |  　　　　　自筆で署名してください | 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 代筆者 　　 　　　　　　　　　（続柄　　　）代筆される場合は代筆者の氏名と続柄を記入してください |
| 届出者 | 　　　〒　　　－住所　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　)　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 被保険者との関係 |
| ※ **被保険者の口座を開設することが難しい場合は裏面の委任状を記入して、口座名義人の本人確認書類の写しを添付してください。**※ 今回の申請以降、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。※ 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。※ 公金受取口座の変更を行った場合は速やかに大牟田市福祉課介護保険担当（0944-41-2683)に連絡してください。※ 公金受取口座の変更を行うと反映までに一定の期間を要しますのでご希望の口座に振り込めない場合があります。 |

被保険者が亡くなっている場合は、裏面の相続人代表者届出書もご記入ください

|  |
| --- |
| 大牟田市記入欄 |
| 代理権確認 | 代理人確認 | 番号確認 | 受付 | 入力 | 照合 |
| 本人・代理 |  |  |  |  |  |

**申請に必要なもの**

**裏面を確認して**

**下さい**

|  |
| --- |
| **相続人代表者届出書** |
| 令和　　　年　　　月　　　日大牟田市長　様(被保険者氏名)　　　　　　　　　　　　　　　の介護保険高額介護(介護予防)サービス費を受領する相続人の代表を次のとおり届出します。 |
| **相続人代表者** |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　)自筆で署名してください 　　 被保険者との関係 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代筆者　 　 　　　　　　　　　　　　（続柄 　　　　）代筆される場合は代筆者の氏名と相続人代表者との続柄も記入してください |

|  |
| --- |
| 申請に必要なもの 郵送の場合は全て写しを添付してください（申請書は原本）□ 被保険者の本人確認書類（※１）**被保険者が亡くなっている場合は被保険者と相続人代表者の関係がわかる戸籍抄本・戸籍謄本等（写し可）**□ 被保険者のマイナンバーを確認できる書類（※２）お持ちの方のみ□ 申請に来られる方の本人確認書類（※１）□ 通帳（氏名(ｼﾒｲ)･口座番号･銀行名･支店名確認）公金受取口座を使用する場合は不要□ 口座名義人が被保険者または相続人代表者と異なる場合は口座名義人の本人確認書類（※１）※１ 本人確認書類＝介護保険証・運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード等※２ マイナンバー確認書類＝マイナンバーカード・マイナンバー記載の住民票等 |

|  |
| --- |
| **委 任 状**（口座名義人が被保険者、または相続人代表者と異なる場合は記入してください） |
| 高額介護（介護予防）サービス費の受領に関して以下のとおり委任します。 |
| **委任者（被保険者または相続人代表者）** |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者 　　　　　（続柄　　　　） |
|  | 自筆で署名してください　　　　　　　代筆される場合は代筆者の名前と委任者との続柄も記入してください |
| **受任者（口座名義人）** |
| 住　所 | 〒　　　－ 　　　　　　　　　　　 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　（続柄：　　　） | 電話番号 | 　　　　　　　　　　  |
|  | 　自筆で署名してください　　　委任者との関係 |
| 代筆者　 　 　　　　　　　　　　　（続柄 　　　　）代筆される場合は代筆者の名前と受任者との続柄も記入してください |