

介護保険 **（高額介護(介護予防)サービス費  
高額介護予防サービス費相当事業費）** 支給申請書

(あて先)  
札幌市 中央 区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ	かいご たくや	申請年月日	令和元年 5月 1日
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
生年月日	明・大(昭) 2年 1月 2日	性別	(男)・女
被保険者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号 211-2547		
申請者氏名	ケアプランセンター介護	本人との関係	居宅介護支援事業所
申請者住所	〒 060-0001 札幌市中央区北1条西3丁目	被保険者本人以外の方(家族、事業所)が申請する場合には、記入をお願いします。なお、委任状の提出は必要ありません。被保険者本人が死亡されている場合は、代表相続人指定届を添付してください。	

費目	・高額介護サービス費	・高額介護予防サービス費	・高額介護予防サービス費相当事業費
世帯構成	氏名	生年月日	性別
	世帯主 介護 太郎	昭和 2年 1月 2日	男
		年 月 日	
		年 月 日	
利用月	2019 年 4 月利用分		
本人分負担金額合計	22,979円		
世帯負担金額合計	22,979円		

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	札幌市役所 <b>(銀行)</b> 信用金庫 信用組合	本店営業部 <b>(本店)</b> 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	①普通 ②当座 ③その他	1 2 3 4 5 6 7
	9 8 7 6	3 2 1		
	フリガナ	かいご たくや		
	口座名義人氏名	介護 太郎		
名義人住所	札幌市中央区北1条西2丁目			

注意：給付制限を受けている方については、支給  
区役所記入欄 **被保険者の方の口座を記入してください。他の方の口座の場合は、委任状等、書類が必要ですので区役所までお問合せください。**

区分	支払方法変更	領収証確認	世帯合算確認	備考
1. 負担割合 1割	有・無			
2. 負担割合 2割	保険給付差止			
3. 負担割合 3割	有・無			
4. 給付額減額 3・4割				

□個人番号確認