

高額介護(予防)サービス費等 支給申請書の記入例

※本人償還

申請日と、被保険者情報を記入してください。

※分かる場合は、サービス利用年月もご記入ください。

申請者の情報(住所・氏名・電話番号)を記入してください。

※本人が申請される場合は、記入不要です。

振込を希望される口座情報を記入してください。

当てはまる方にチェックを入れてください

介護保険 高額介護(予防)サービス費等 支給申請書（本人償還）

神戸市 △△ 区長 空

高額介護(予防)サービス費等の支給を申請します。

今後、高額介護(予防)サービス費等が発生した場合は、下記の口座に振込をお願いします。

なお、内容に変更等がある場合は、再度申請書を提出します。

サービス利用年月		平成 令和 4 年 8 月	申請日	令和 4 年 8 月 1 日							
被保険者	保険者番号	2 8 1 1 0 5	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7							
	氏名	神戸 太郎		個人番号							
	住所	神戸市△△区××町1丁目2番3号		生年月日	明治・大正 昭和 12 年 3 月 4 日	性別	男	女			
						電話番号			078-123-4567		
申請者	※この欄は、申請者が相続人もしくは、成年後見人等の場合のみ記入してください。 上記被保険者が申請される場合は、この欄は記入不要です。										
	住所										
	氏名（相続人・成年後見人等）※いすれかを〇で囲む 電話番号〔自宅・携帯・その他（ ）〕 — —										
口座振込依頼欄	金融機関名	支店名		預金種別	口座番号（右づめでご記入ください）						
	花時計	神戸 本店 支店		1 普通	1 2 3 4 5 6 7						
	銀行コード	支店コード	2 当座	トリガナ	コウヘ タロウ						
年少扶養控除確認欄	4 貯蓄	口座名義人	神戸 太郎								
	<input type="checkbox"/> 世帯主は65歳以上であり、かつ同一世帯内に、扶養している19歳未満の人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 上記に該当しない										
	※上のボックスにチェックをされた方のうち、世帯主が世帯の中で最も所得の高い第1号被保険者（65歳以上の方）であり、かつ課税所得が380万円以上ある場合は、利用者負担月額上限額が変わることがあります。 詳しくは、裏面の⑩をご確認ください。										
世帯合算欄	※同一世帯に介護保険サービスを利用した、被保険者以外の方がいる場合のみ、記入してください。	被保険者番号	被保険者氏名（本人以外）	生年月日	性別						
				明治・大正 昭和 年 月 日	男・女						
				明治・大正 昭和 年 月 日	男・女						

【記入される際の注意点】

●申請者が成年後見人等の場合

申請者の氏名欄に、「成年後見人△△△△（成年後見人等の氏名）」と追記し、住所欄に成年後見人等の住所を記入してください。

申請書と併せて「その資格が確認できる書類（登記事項証明書等）」の添付が必要です。

※「登記事項証明書」については、「申請日から3か月以内」に発行されたもの。

●申請者が相続人の場合

申請者の氏名欄に、「相続人△△△△（相続人の氏名）」と追記し、住所欄に相続人の住所を記入してください。

申請書と併せて「被保険者との相続関係がわかる書類（戸籍謄本等）」と「確約書」の添付が必要です。
詳しくは、区・支所の介護医療係へお問い合わせください。

●被保険者以外の口座へ振り込む場合（相続人の場合は除く）

申請書と併せて「委任状」の添付が必要です。

委任状の用紙は、区・支所の介護医療係で配布しているほか、神戸市ホームページ（高額介護(予防)サービス費の支給制度）からもダウンロードできます。