

## 介護保険高額介護サービス費 支給申請書兼受領委任状

フリガナ		保険者番号		0	1	3	4	5	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
被保険者住所	〒  Tel								
	氏名	性別	生年月日	介護保険被保険者番号					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
サービス提供を受けた 介護保険施設	名称								
	所在地								
	入所期間	年 月 日	~	年 月 日					
サービス提供当月支払合計額		円							
<p>上記のとおり高額介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p>なお、申請に係る高額介護サービス費の受領の権限を下記の受任者へ委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">森 町 長 様</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                 住 所 _____                  氏 名 _____ (印)                  電話番号 _____             </div>									
受任者（介護保険施設）									
所在地 _____									
名 称 _____ (印)									
代表者 _____									
受任者 振込先	銀行	本店	種別	普通	口座番号				
	金庫	支店		当座					