

*被保険者がお亡くなりになられた場合の申請についてはこの様式にて必要事項を記入のうえ提出してください。

様式第17号(第22条関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 自動償還用

(あて先)
枚方市長

次のとおり、介護保険高額介護(介護予防) サービス費の支給を申請します。
なお、当該サービス費の支給に関して市長が認める所得照会を行うことについて同意します。
相続人の間で相続上の問題が生じた場合は、私が責任を持って解決します。

年 月 日

フリガナ			被保険者との続柄	配偶者・子・父母・その他 ()
申請者氏名				
住所	〒 _____			
	連絡先電話番号 ()			
振込先口座				
	銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所
(市記入欄)		種目		口座番号
		1 普通預金		
		2 当座預金		
		3 その他 ()		
フリガナ				
口座名義人				

※ 注意

被保険者が給付制限を受けている場合は、介護保険高額介護(介護予防)サービス費を支給できない場合があります。

※ 口座名義人と申請者が異なるときは、下記委任欄に署名してください。

委任欄	高額介護(介護予防)サービス費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。			
	申請者氏名			
		申請者から見た口座名義人の続柄 ()		

フリガナ			被保険者番号	0 0 0 _____
被保険者氏名				

※枚方市記入欄

特記事項	無・有 ()	受付者	
合算	無・有 (申請済・未申請)	入力者	