別記第２２号様式（第１５条関係）

記　載　例（相　続）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ	カイゴ　イチロウ	保険者番号	0 1 2 0 2 1
被保険者氏名	介護　一郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	昭和 10. 1. 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住　　所	函館市〇〇町〇番〇号		電話番号〇〇－〇〇〇〇
本人支払額			
備考			

本人支払額欄は記入不要です。

函館市長　様

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者は相続人代表者です。

〒〇〇〇－〇〇〇〇
住所　函館市〇〇町〇番〇号
申請者
氏名　介護　花子

電話番号〇〇－〇〇〇〇
個人番号
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

公金受取口座を利用する場合は個人番号を必ず記入してください。（この場合は，口座振込依頼欄の記入は不要です。）

			年月日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 個人番号
世帯構成	世帯主	介護　一郎	昭和 10. 1. 1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	世帯員	介護　花子	昭和 10. 2. 2	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

亡くなった方の属していた世帯の構成を記入してください。

注意　・公費負担医療の対象[illegible]護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除[illegible]の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
・今回の支給以降[illegible]場合、申請手続は不要となります。
・ただし、公費負[illegible]に受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があ[illegible]拠書類を改めて提出してください。
・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の[illegible] ☑振込口座を指定する			
口座振込依頼欄	函館　(銀行)　信用金庫　農協　（　　）	東雲　本店　(支店)　（　　）	種目	口座番号
	金融機関コード △ △ △ △	店舗番号 □ □ □	(1) 普通 2 当座預金 3 その他 （　　）	1 1 1 1 1 1 1
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
	フリガナ	カイゴ　ハナコ		
	口座名義人	介護　花子		

相続人代表者名義の口座のみ振り込みできます。

ゆうちょ銀行の場合は，記号・番号を記入してください。

市（町村）記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
１単独 ２合算			

この欄は記入しないでください