

介護予防・日常生活支援事業 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

(令和 7 年 1 月)

フリガナ	シズオカ タロウ		保険者番号	221002								
被保険者氏名	静岡 太郎		被保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X
生年月日	大正・昭和 18 年 5 月 5 日											
住所	静岡市葵区追手町〇番											
世帯構成	氏名	生	被保険者番号									
	世帯主	静岡 太郎	S 18 年 5 月 5 日	男	X	X	X	X	X	X	X	X
	世帯員	静岡 花子	S 20 年 3 月 3 日	女	*	*	*	*	*	*	*	*
(宛先) 静岡市長 上記のとおり高額介護予防サービス費相当事業費の支給を 令和 7 年 8 月 1 日 住所 静岡市葵区追手町〇番△号 申請者 氏名 静岡 太郎 電話番号 054-XXX-XXXX												

わからない場合は記入不要です。
 記入した場合は、本人の個人番号確認書類及び窓口で申請する方の身分確認書類を窓口で提示してください。

他に介護サービスを利用している方がいる場合はその方の氏名等の記入をお願いします。

ボールペンで記入してください
 ※鉛筆、消えるボールペン等は使用しないでください。

(注) 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相当事業費の支給ができない場合があります。
 ※今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

高額介護予防サービス費相当事業費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込	金融機関名	支店名	種目	口座番号						
	〇〇	△△		1 普通	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード	店舗コード	2 当座							
	9 8 7 6	1 2 3	口座名義人 (カタカナで記入) シズオカ タロウ							

振込口座名義人が被保険者以外の場合は記入してください。

委任届	上記受領について、下記受任者に委任します。											
	委任者	住所										
		氏名										
	受任者	住所										
氏名		(続柄)										

《市記入欄》

給付制限状況	給付額減額による不支給	区分	対象者	支払額合計	世帯基準額	受付者
一時差止	有・無	1 単独	本人		<input type="checkbox"/> 140,100円	
有・無					<input type="checkbox"/> 93,000円	
		2 合算	<input type="checkbox"/> 44,400円			
<input type="checkbox"/> 24,600円						
				<input type="checkbox"/> 15,000円		
備考欄						