

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 年 月)

フリガナ				保険者番号	221002			
被保険者氏名				被保険者番号				
				個人番号				
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生	性別	男・女		
住所								
	氏名	生年月日	性別	(介護保険の被保険者の場合) 被保険者番号				
世帯構成	世帯主							
	世帯員							
(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申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号								

- 1 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。
- 2 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。

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。

振込 口座	金融機関名	支店名	種目	口座番号				
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所						
	金融機関コード	店舗コード	2 当座					
	口座名義人 (カタカナで記入)							

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》

	区分	対象者	支払額合計	世帯基準額	受付者
	1 単独	本人		<input type="checkbox"/> 140,100円	
				<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					