様式第1号（第9条関係）

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

記載例

（　令和　　年　　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	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	大正　10 年　　1 月　　5 日生			男									
住　所	静岡市葵区追												
	氏												
世帯構成　世帯主													
世帯構成　世帯員													

個人番号カードや通知カードを参照して記入してください。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元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。

（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　〇　年　〇月　〇　日

申請者　住所　静岡市葵区追手町〇〇－〇

氏名　静岡　太郎　　電話番号　054-123-4567

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							
	すんぷ銀行	追手町支店	①普通 2当座	0	0	9	9	9	9	9	
	金融機関コード	店舗コード									
	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》

	区分	対象者	支払額合計	世帯基準額	受付者
	1　単独	本人		□ 140，100円 □ 93，000円 □ 44，400円 □ 24，600円 □ 15，000円	
	2　合算				
備考欄					