

フリガナ			個人番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	年	月	日生	性別	男・女
住所					
給付を受けた 介護保険施設	名称				
	所在地				
上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。 (宛先)村上市長 申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話 ()					
同意書 兼 委任状	支給される額のうち、算定の基礎となる利用者負担金相当額から介護保険施設に 支払った額を控除した額の受領の権限を下記の者に委任します。 年 月 日				
	委任者 (被保険者) 氏名 受任者 住所 介護保険施設 代表者職氏名 氏名				
◎支給金額は施設が指定した口座に振り込みます。 (注意) 給付制限を受けている方は、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。					

◎受領委任の対象にならない月(入・退所月等)の振込先
 (高額介護サービス費等の振込口座を既に市に届けてある場合は記入不要です。)

口座振替 依頼欄	金融機関名		種目	口座番号
		銀行 信用金庫 労働金庫 農協	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	フリガナ			
	口座名義人			

※市処理欄

世帯番号	区分	給付制限	介護度	今回申請分提供月	受領委任払適用年月日
	単・合	有・無		年 月	年 月 日
世帯負担限度額	利用者負担段階		備考		
<input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 24,600円 <input type="checkbox"/> 44,400円 <input type="checkbox"/> 93,000円 <input type="checkbox"/> 140,100円	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第6段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第7段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第5段階				