

高額介護(介護予防) サービス費支給申請書 高額総合事業

フリガナ	クルメ タロウ	保険者番号	4 0 2 0 3 2
被保険者氏名	久留米 太郎	被保険者番号	0 0 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
生年月日	明・大・昭 〇〇 年 △ 月 □ 日生	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
住所	〒 830 - 8520 久留米市城南町15番地3 電話番号		
同じ世帯で介護保険のサービスを受けている方	氏名	生年月日	被保険者番号
	久留米 花子	明・大・昭 〇〇 年 □ 月 △ 日生	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
		明・大・昭 年 月 日生	

被保険者本人のマイナンバーをご記入ください。
※お分りの範囲で

同じ世帯で介護保険のサービスを受けている方がいらっしゃる場合は、その方の「氏名」、「生年月日」および「被保険者番号」をご記入ください。

久留米市長 あて
上記のとおり高額介護(介護予防)・総合事業サービス費の支給を申請します。サービス費に過誤調整が生じた場合は、後日支給される高額介護(介護予防)・総合事業サービス費との相殺を承諾します。

申請者は被保険者本人に限りませんが、例外的に被保険者死亡の場合は代表相続人、成年後見人がある場合は成年後見人となります。押印もれ等がないようご注意ください。

□年 □月 △日

記入日をご記入ください。

〒 830-8520

住所 久留米市城南町15番

押印してください。

申請者(委任者) 氏名

久留米 花子



電話番号 0942-30-〇〇〇〇

この欄は直筆でご記入ください。

「申請者氏名」および「口座名義人」は

電話番号は日中の連絡の取れる番号をお願いします。

この申請に係る手続きを下記の者に委任します。(本人が申請する場合は記入不要です)

受任者	住所 久留米市城南町15番	被保険者との関係(長男)	
	氏名 久留米 一郎	電話番号 0942-30-〇〇〇〇	

この申請を相続人以外の方が提出する場合は、提出される方の住所・氏名・被保険者との関係・日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。申請を委任されたものとみなします。相続人本人が提出する場合は不要です。

注意 ・今回の申請以降、高額介護(介護予防)・総合事業サービス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。
・給付制限を受けている方については、高額介護(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(介護予防)・総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	○△	△□	種目	口座番号						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 営業部 出張所 支所	普通預金 2 当座預金 3 その他	0	0	0	4	3	2	1
	金融機関コード	店舗コード	()							
	フリガナ	クルメ ハナコ								
	口座名義人	久留米 花子								

口座は、「上記の申請者たる相続人」の口座以外の指定は出来ません。

指定する口座は、相続人様名義の口座となります。

「銀行名」、「支店名」、「口座種目」、「口座番号」、「口座名義人フリガナ」および「口座名義人氏名」を必ずご記入ください。

※いわゆる「総合口座」は普通預金と定期預金が一緒になった通帳を言います。この場合は通帳に記載されている「普通口座」の番号をこの申請書に記入し、種目も「1普通預金」をご選択ください。

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください
【店名】一九八(読み イチキユウハチ)
【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

ゆうちょ銀行通帳の1枚目下部に記載されています。
(記載されていない場合は、最寄の郵便局にご相談ください。)

金融機関を「ゆうちょ銀行」
店舗に【店名】の漢数字「一九八」などを記入。
店舗コードに【店番】の「198」などを記入
種目に【預金種目】の「1普通預金」などを囲む口座番号に【口座番号】7桁の数字をご記入ください。

※ゆうちょ銀行の12桁もしくは13桁「記号-番号」は利用できません。
必ず、下記の例にある他金融機関からの振込の受取口座を記入してください。

高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

ゆうちょ銀行	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号						
		一九八	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	0	1	2	3	4	5	6
口座振込依頼欄	金融機関コード	店舗コード	()							

確約書記入例

久留米市長 様

死亡された被保険者の
氏名を記入してください。

確 約 書

被保険者 久留米 太郎 が死亡しましたので、相続人を代表して、
私が下記の介護給付費・地域支援事業費を請求いたします。なお、他の
相続人とのトラブル等が発生しても、すべて私が責任を持って解決する
ことを確約いたします。

○高額介護(介護予防)サービス費
高額総合事業サービス費

・高額医療合算介護(予防)サービス費
高額医療合算総合事業サービス費

・居宅介護(介護予防)福祉用具購入費

・居宅介護(介護予防)住宅改修費

・その他()

□年 ○月 △日

記入日をご記入ください。

相続人様の住所・氏名
および続柄

〒 830-8520

相続人住所 久留米市城南町15番

氏名 久留米 花子

印

(続柄 妻)

押印してください。

※印鑑は申請書と同一のものを押印してください。

※原則として、被保険者と代表相続人の関係がわかる戸籍謄抄本等の原本を添付してください。
なお、住民票上同一世帯であれば添付を省略できる場合や過去にさかのぼって複数の戸籍が
必要となる場合もありますので、詳しくはお問い合わせください。

※高額介護(介護予防)・高額総合事業サービス費支給申請書の提出にあたって

お亡くなりになられた被保険者様と代表相続人様の血縁関係が分かる「戸籍謄本」などの
「原本」を提出してください。

なお、久留米市の有する住民票情報により戸籍謄本の提出が省略できる場合もありますので、
送付状に記載している連絡先にお問い合わせください。

また、正確を期すためよろしければ振込みを指定される通帳の口座番号及び口座名義の
写しをいただければ幸いです。