

盛岡市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

記入例

令和 5 年 1 月分

① 対象月が複数ある場合、一番古い月を記入し、1 枚のみ御提出ください。

② 相続人代表者の氏名を記入してください。

申請者氏名 (被保険者氏名)	盛岡 花子	申請年月日	令和5年 3月 1日
申請者住所 (被保険者住所)	〒020-8530 盛岡市内丸 12 番 2 号 電話 6 2 6 - 7 5 6 1		

③ 住民票上の住所を記入。

④ 被相続人（お亡くなりになった方）の氏名、生年月日、被保険者番号などを記入。

※個人番号が不明・あいまいな場合は、個人番号欄は空欄のまま提出可能です。

被保険者氏名		盛岡 花子		被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0													
生 年 月 日		明(大) 昭 13 年 3 月 13 日		個 人 番 号															
住 所		〒020-8530 盛岡市内丸 12 番 2 号 電話 6 2 6 - 7 5 6 1		氏 名		生年月日		性 別		被 保 険 者 番 号 (介護保険の被保険者の場合)									
世帯構成	世 帯 主	盛岡 太郎	大正 12. 3. 13	男	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1					
	世 帯 員	盛岡 花子	大正 13. 3. 13		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0					
		盛岡 一郎	昭和 22. 3. 13	男	0	1	9	6	2	6	7	5	8	1					
		盛岡 雪子	昭和 33. 3. 13	女															

⑤ お亡くなりになった時点での住民票上の住所を記入。

⑥ お亡くなりになった時点での世帯構成を記入。

介護（介護予防）サービス費が支給される場合には申請手続きが不要となります。申請した指定介護施設には、食費・雑費が支給されません。

以下は記入の必要はありません。

3 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。

口座振込 依頼欄	銀行	南部 信用金庫 農 協	内丸 本店(所) 支店(所)	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金						
				2 当座預金						
				3 その他						
	フリガナ									
	口座名義人									
受領委任	私の高額介護(介護予防)サービス費は、上記の口座へ振り込んでください。 申請者氏名(被保険者氏名) 印									

職員使用欄：【口座確認】 □通帳 □キャッシュカード □メモ □写真

※裏面もお読みください→

① サービスを利用した月が、申請日から2年以内の場合

同封の申請書及び相続人代表者届出書に記入の上、可能な限り振込口座を確認できるものの写しを添付して、下記受付場所に提出してください。郵送で提出の場合は、下記担当課あてに送付願います。

※ 申請書は1枚提出いただければ、各月分の支給が可能です。

(例：支給対象年月が複数ある場合は、支給対象年月が一番古い内容を御記入ください。)

※一度御申請いただければ、振込口座等に変更がない限り、以後の手続きは不要となります。

② サービスを利用した月が、申請日から2年を経過している場合

その利用に係る自己負担額の支払が2年以内であった場合は、支給の対象となる場合がありますので、介護保険課まで御相談下さい。

③ 法定相続人以外の方が申請者となる場合

相続人であることを証明する書類の写しを添付してください。

申請の受付場所は

- ・ 盛岡市保健福祉部介護保険課（市役所別館5階）
- ・ 都南総合支所税務福祉係
- ・ 玉山総合事務所健康福祉課

『お問い合わせ』や『郵送での提出の場合のあて先』は

【担当課】

盛岡市保健福祉部介護保険課受付給付係

020-8530 盛岡市内丸12番2号

T E L 019-626-7561