

（あて先）函館市長

**申請者は被保険者
本人です。**

令和〇〇年〇月〇〇日

住所 **函館市〇〇町〇番〇号**
 申請者 氏名 **介護 一郎**
 電話 **〇〇局〇〇〇〇番**

次のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。
 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主および世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

被保険者氏名	介護 一郎	保 険 者 番 号		0	1	2	0	2	1					
		被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
生 年 月 日	明・大・昭 10年 1月 1日生	性 別	男・女											
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市〇〇町〇番〇号 電話 〇〇局 〇〇〇〇番													
		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	介護 一郎	大正 10.1.1	男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	世帯員	介護 花子	大正 10.3.3	女	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

注意・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
 ・今回の給付以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、
 また、支給金額は今回指定した口座に振り込まれます。

**被保険者名義の銀行口座
のみ振込できます。**

高額介護（介護予防）サービス費を下記の方法で支給してください。

口座振込を希望	函館 銀行 信用金庫 信用組合	東雲 本店 支店 出張所	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	1	1	1	1	1
1	フリガナ 口座名義人	カイゴ イチロウ 介護 一郎											
窓口で受取を希望	2 市役所会計部	3 亀田支所	4 銭亀沢支所	5 湯川支所									
	6 戸井支所	7 恵山支所	8 榎法華支所	9 南茅部支所									

函館市記入欄

区 分	給付制限状況	世帯集約番号	備 考
1 単 独	有・無		
2 合 算	給付割合		