

高額の介護(予防)サービス費
高額医療合算介護(予防)サービス費
支給振込口座変更届

年 月 日

(宛先) 高崎市長

被保険者番号				
被保険者 (申請者)	住 所 (住民登録地)	高崎市		
	氏 名			
申請代行者	住 所			
	氏 名			
	電 話		続柄	

被保険者が死亡している場合は、裏面の確約書もご記入下さい。

高額介護(予防)サービス費、高額医療合算介護(予防)サービス費振込口座について、下記の通り変更を申請します。

変更後振込口座

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合		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								
				2.当座								
	口 座 名義人	フリガナ										
		氏 名										
		電話番号	()									

金融機関コード・店舗コードは空欄でも構いません。

市 確 認 欄

申請代行者 本人確認	1. 運転免許証	2. 個人番号カード	3. 介護支援専門員証	
	4. 介護保険被保険者証	5. 健康保険被保険者証	6. その他	()
受付方法	1. 窓口	2. 郵送	3. ご遺族支援コーナー	受付
	4. その他	()		

確約書

被保険者 _____ が死亡しましたので、相続人を代表して、
私が 高額介護(予防)サービス費、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を請求いたします。

なお、他の相続人とのトラブル等が発生しても、すべて私が責任をもって解決することを確約します。

年 月 日

相続人氏名 _____ 印（続柄 _____）

申請代行者と相続人氏名が等しい場合は押印不要です。

住 所 _____

電話番号 _____