

高額介護（介護予防）サービス費支給申請に係る申出書

フガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		被保険者番号							
生 年 月 日		性 別							
住 所	〒 電話番号								
年 月 日									
大里広城市町村圏組合管理者 様									
今後発生する高額介護（介護予防）サービス費用については下記の口座に振り込んで下さい。									
住 所									
氏 名									
電 話 番 号 ()									

口座振込 依頼欄	銀行名	本・支店名	種目	口 座 番 号					
			1 普通預金						
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金						
			3 その他						
	フガナ								
	口座名義人								

委 任 状	
大里広城市町村圏組合管理者 宛	
委任者 住 所 氏 名	印
下記の者を代理人として定め、高額介護（介護予防）サービス費支給の受領に関する権限を委任します。	
令和 年 月 日	
代理人 住 所 氏 名	印

記入者 _____

連絡先 _____