記入例

注意 被保険者本人が「亡くなっている場合」や「成年後見人を立てている場合」は記入内容が異なるほか、別途、追加書類提出の必要がありますので、長寿福祉課介護給付担当班（097-537-5742）までお問い合わせください。

高額介護（介護予防）サービス費支給兼振込指定口座登録（変更）申請書

フリガナ	カイ　ゴ　　ヨウ　コ	個人番号（マイナンバー）	
被保険者氏名	介　護　　要　子	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
生年月日	明・大・(昭) 99年 99月 99日	要介護状態等区分	要介護（ 4 ） 要支援（　　）
住　　所	(・) 申請者と同じ　　・その他（　　）		

※書き損じた場合は、「申請者氏名の横」と「右の枠外」の○2か所にそれぞれ同じ印影の押印が必要です。（修正テープ等は使用不可）

大分市長　　殿

上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費振込指定口座として下記の口座の登録を申請します。
なお、高額サービス費支給額算定に関して、私及び私の世帯員に属する者の所得状況、公的扶助の受給の有無について必要な調査を行うことに同意します。

本人が亡くなっている場合は相続人代表者の住所・氏名

令和　　年　　月　　日

〒870－0000
申請者（被保険者）　住所　大分市大字○○１０番地１
氏名　介護　要子

日中連絡がとれやすいご連絡先をご記入ください。（ご家族可）

申請に関する連絡先
TEL　012-3456-7891
被保険者との続柄（　子　）

取引支店をご記入ください。（繰越支店ではありません。）

振込指定口座					
金融機関名	支店名	種目	口座番号		
市役所 銀行・金庫 組合・農協	城崎 本店・(支店) 支所・出張所	(1) 普通 2 当座 3 その他	9 9 9 9 9 9 9		
金融機関コード 9 9 9 9	支店コード 9 9 9				
フリガナ	カイ　ゴ　　ヨウ　スケ				
口座名義	介　護　　要　介				
受領に関する委任	（申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください） 本申請にかかる受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。 申請者氏名　介護　要子				

振込口座が本人名義でない場合は本人の委任が必要です

注意　・申請は
・今回の
振り込ま
・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。
・この申請書を提出後に口座を廃止または振込先を変更される方はこの申請書で再度申請ください。
・口座振込間違い防止のため、預金通帳（金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号が記載されている部分）の写しを必ず添付してください。

㊟　「ゆうちょ銀行」への振込をご希望の場合は、通帳見開き最下部に記載の口座情報（漢数字の支店名・預金種目・口座番号）を記載してください。
※通帳上部に記載の記号・番号ではありません。

受付確認	入力確認

市確認欄
被保証　割合　給付費　限度額　決定通知　委任状 通帳　その他（　　）

記入例（被保険者死亡の場合）

高額介護（介護予防）サービス費支給兼振込指定口座登録（変更）申請書

フリガナ	カイ　ゴ　　ヨウ　コ	個人番号（マイナンバー）	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
被保険者氏名	介　護　　要　子	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
生年月日	明・大・(昭) 99年 99月 99日	要介護状態等区分	要介護（ 4 ） 要支援（　　）
住　　所	(・) 申請者と同じ　・その他（　　）		

※書き損じた場合は、「申請者氏名の横」と「右の枠外」の
○2か所にそれぞれ同じ印影の押印が必要です。
（修正テープ等は使用不可）

大分市長　　殿

上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費振込指定口座として下記の口座の登録を申請します。
なお、高額サービス費支給額算定に関して、私及び私の世帯員に属する者の所得状況、公的扶助の
受給（　　）に同意します。

本人が亡くなっている場合は
相続人代表者の住所・氏名

日中連絡がとれやすいご連絡先を
ご記入ください。（ご家族可）

令和　　月　　日

〒870－0000

申請者
（被保険者）
住所　大分市大字○○１０番地１
氏名　介護　要介

申請に関する連絡先
TEL　　－　　－

被保険者との続柄（　　）

取引支店をご記入ください。
（繰越支店ではありません。）

振込指定口座					
金融機関名	支店名	種目	口座番号		
市役所 (銀行)・金庫 組合・農協	(本店)・支店 支所・出張所	(1) 普通 2 当座 3 その他	9 9 9 9 9 9 9		
金融機関コード 9 9 9 9	支店コード 9 9 9				
フリガナ	カイ　ゴ　　ヨウ　スケ				
口座名義	介　護　　要　介				
受領に関する委任	（申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください。） 申請者氏名				

㊟　「ゆうちょ銀行」への振込をご希望の場合は、通帳見開き最下部に記載の口座情報（漢数字の支店名・預金種目・口座番号）を記載してください。
※通帳上部に記載の記号・番号ではありません。

注意　・申請
・今回
振り込
・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。
・この申請書を提出後に口座を廃止または振込先を変更される方はこの申請書で再度申請ください。
・口座振込間違い防止のため、預金通帳（金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号が記載されている部分）の写しを必ず添付してください。

受付確認	入力確認

市確認欄
被保証　割合　給付費　限度額　決定通知　委任状 通帳　その他（　　）

記入例（成年後見人等がいる場合）

高額介護（介護予防）サービス費支給兼振込指定口座登録（変更）申請書

フリガナ	カイ　ゴ　ヨウコ	個人番号(マイナンバー)	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
被保険者氏名	介　護　要　子	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
生年月日	明・(大)・昭　99年　99月　99日	要介護状態等区分	要介護（ 4 ）　要支援（　　）
住　　所	(・)申請者と同じ　・その		

※書き損じた場合は、「申請者氏名の横」と「右の枠外」の
○2か所にそれぞれ同じ印影の押印が必要です。
（修正テープ等は使用不可）

大分市長　　殿

上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費振込指定口座として下記の口座の登録を申請します。
なお、高額サービス費支給額算定に関して、私及び私の世帯員に属する者の所得状況、公的扶助の受給の有無について市が調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

〒870－0000

申請者（被保険者）　住所　大分市大字○○１０番地１

氏名　介護　要子　成年後見人　大分　一郎

申請に関する連絡先

TEL　　－　　－

被保険者との続柄（　　）

取引支店をご記入ください。
（繰越支店ではありません。）

振込指定口座														
金融機関名				支店名				種目	口座番号					
市役所	銀行・金庫 組合・農協			本店・支店 支所・出張所				1 普通 2 当座 3 その他	9	9	9	9	9	9	9
金融機関コード	9	9	9	9	支店コード	9	9	9							
フリガナ	カイ　ゴ　ヨウコ　セイネンコウケンニン　オオイタ　イチロウ													
口座名義	介　護　要　子　成年後見人　大分　一郎													
受領に関する委任	（申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください。） 本申請にかかる受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。 申請者氏名													

㊟　「ゆうちょ銀行」への振込をご希望の場合は、通帳見開き最下部に記載の口座情報（漢数字の支店名・預金種目・口座番号）を記載してください。
※通帳上部に記載の記号・番号ではありません。

注意　・申請は被
・今回の申
振り込まれ
・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。
・この申請書を提出後に口座を廃止または振込先を変更される方はこの申請書で再度申請ください。
・口座振込間違い防止のため、預金通帳（金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号が記載されている部分）の写しを必ず添付してください。

※成年後見人の口座の場合は、必ず登記事項証明書の写しを添付してください。

受付確認	入力確認

市確認欄
被保証　割合　給付費　限度額　決定通知　委任状 通帳　その他（　　）