介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

申請年月　　　　年　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 男・女 | | 保険者番号 | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 被保険者氏名 | |  |
| 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 生年月日 | | 年 　　月 　　日 | | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| 住所 | | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 世帯員 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 千歳市長　様  　上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注

１　今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。また、支給金額は、今回申請した指定口座に振り込まれます。

２　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。

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依 頼 欄 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | 本　店  支　店  出張所  支　所 | | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ■金銭の領収を委任する場合  　介護保険高額介護（介護予防）サービス費の金銭の領収に関する一切の権限を右の者に委任します。  　被保険者名 | | | | | 住　　　　所 | | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 本人との関係 | | |  | | | | | | | | |

市記入欄（以下は、記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備　　考 |
| １単独  ２合算 |  | 有・無  給付割合 |  |