**介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書**

**＜表面＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日生 |  |
| 住所 | 〒　　　　― |
|  | 氏名 | 生年月日 | 被保険者番号（資格取得者のみ） |
| 同一世帯内で介護の資格を持っている方 |  | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平川市長　様上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　行　信用金庫農　協　 | 支　店支　所出張所 | 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 |  |
|  |

平川市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 領収書確認欄 | 給付制限状況 | 備考 |
| 1 単独２合算 |  | 有・無給付割合 | 区　分　（ 第１段階 ・ 第２段階 ・ 第３段階 ・ 第４段階以上 ） |
| 給付実績 |
|  |

**高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。**

0

3

1

2

2

0

注意　・今回の申請により、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。

　　　　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。

　　　・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

電話番号　　　－

　　　年　 　月　 　日

申請者　　住所　平川市

氏名

**＜裏面＞**

**被保険者名と口座名義が異なる場合に必要**

委　　任　　状

　私こと　　　　　　　　は　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

　　　　　年　　月　　日付けで、平川市長あてに支給申請した介護保険高額介護サービス費の受領に関する権限。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

平　川　市　長　　　殿

　　　　　　　　委 任 者　 住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名

受 任 者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名

振込先を下記に記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 | 　　　　　　　　 銀 行信用金庫農 協 | 支 店 支 所 支 社  |
| 口 座 種 別 | 普 通 ・ 当 座 | 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |