**介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 個人番号 | | |  | |  | | | | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
| フリガナ  被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | ２８２１６０ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所  (住民登録と異なる所に住んでいる場合に記入) | | | | 〒  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 | | |  | | | |  | | | | | 男・女 | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 世 帯 員　　　（４０歳以上の方のみ記入） | | |  | | | |  | | | | | 男・女 | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | 男・女 | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | 男・女 | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 高砂市長 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ので、下記金融機関の  預金口座に振替されたく依頼します。  　　　　　　　　年　　月　　日  住所（住民登録をしている住所）  申請者　　高砂市  （被保険者）  氏名  　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－  届出者　氏名  電話番号（　　　　）　　　　－  （続柄：　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （被保険者） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・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（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

・**口座振替依頼欄の口座名義人と被保険者の氏名が異なる場合、裏面の委任状に記入してください。**

**委　　任　　状**

私　　　　　　　　　　　　　は、下記の者を代理人と定め

　高額介護サービス費　　の受領の権限を委任します。

　　年　　月　　日

委　任　者　　住　所

（被保険者）　氏　名

代　理　者　　住　所

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　続　柄