様式第13号(第14条関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

（　　　　年　　月 分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  | 1 | 9 | 2 | 0 | 4 | 7 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 該当月分の支払額合計 | 円 |
|  | 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 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　都 留 市 長　　様上記のとおり関係書類を添えて高額介護（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。　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日電話番号　　　　　　（　　　　　　　） |
| 申請者　 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関名 |  | 銀行・信金・信組労金・農協 | 本店支店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 ・ その他 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　　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出来ない場合があります。

受領委任（被保険者と口座名義人が違う場合に記入してください。）

上記の口座名義人を代理人とし、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任します。

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

市　記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 給付制限 | 備　考 | 受付印 |
| □単独□合算 | □無□有給付率減 |  |  |
| 処理欄 |
| □システム処理 |