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 | |