

## 様式第34号(第22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

ふりがな			保険者番号	012211
被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日	年	月	日	生
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			
名寄市長様				
上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の <input type="checkbox"/> 支給を申請します。 <input type="checkbox"/> 支給口座を変更します。 ※ 該当する□にレを付してください。				
年 月 日				
〒 住所				
申請者 氏名	電話番号			

- 注意 (1) 今回の支給以降に高額介護(介護予防)サービス費の支給対象となった場合には、申請の手続は必要ありません。また、支給金額は今回申請した指定口座（裏面に記入してください。）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)サービス費を支給することができない場合があります。
- (3) 施設や事業所の請求に過誤があり、返還金額が発生した場合、この申請書をもって今後支給される高額介護(介護予防)サービス費から差し引く（相殺する）ことに同意したことといたします。相殺をした際は、支給（予定）金額と返還（予定）金額の内訳を文書で通知します。
- (4) 高額介護サービス費の受領委任払いの適用を受ける場合は、裏面に記入する必要はありませんが、受領委任状の添付が必要です。

〈裏面に続く〉

(裏面)

高額介護(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。

口座振替 依頼欄	銀 行	本 店 支 店 出張所	口座種目										
	信用金庫		1 普通預金										
	信用組合		2 当座預金										
	農 協	3 その他											
	金融機関コード			店舗コード			口座番号						
ふりがな													
口座名義人													
※ 口座名義人が被保険者と異なる場合は、必ず記入してください。													
委任状	名寄市長 様 私は、高額介護(介護予防)サービス費の受領を下記の者に委任します。												
	年 月 日												
	委任者(被保険者) 氏名												
	受任者(口座名義人) 住所												
	氏名												

※ 以下の欄は記入しないでください

名寄市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無	(所得分布の状況等を把握)
2 合算		給付割合 %	