

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		性別	
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 ☐ 支給を申請します。

☐ 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 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所			口座種目							
								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			口座番号							
	ふりがな														
	口座名義人														
委任状	※ 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。														
	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 %	