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 | | 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  ２　合算 |  | 有・無  給付割合　　　％ | (所得分布の状況等を把握) |