介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | | 被保険者番号 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | |
| 個人番号 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　名 | 生年月日 | | | 介護保険被保険者の場合被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 世 | 世帯主 |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 帯 |  |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 構 | 世帯員 |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 成 |  |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | | 年　　　月利用分 | 自己負担金計 | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯負担金計 | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 当別町長　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。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所  　　申請者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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、支払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（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金融機関名 | 店舗(本・支店) | | 種　目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 |  |  | | １　普通預金  ２　当座預金  ３　(　　　　) | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | 金融機関  コード | |  |  |  |  | | 店舗  コード | | |  | |  | |  | | |
| 口座名義人 |  | |
| □　公的給付支給等口座（公金受取口座）を利用します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◎本人以外の口座に振込を希望される方は、委任状にも記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| 委任状  年　　月　　日 | | |
| 当別町長　様 | | 住所 |
|  | | 氏名 |
| 私は、下記の者を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する一切の権限を委任します。  記 | | |
| フリガナ  代理人氏名 |  | |
| 代理人住所 | 〒 | |
| 口座振込依頼欄 | 上記口座振込依頼欄のとおり | |