介護保険高額介護（予防）サービス支給申請書

平成　　年　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | 312033 |
| 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 |
| 個人番号 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　様　上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。　　　　年　　月　　日　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　申請者　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

注意　　・今回の支給以降、高額介護（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。

・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

 ・**本申請書に該当月に支払った介護サービス等に係る領収書を添付してください**。

　高額介護（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 |  |  | 種　目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗コード |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

身元確認　　□運転免許証　□介護保険証　□負担割合証　□医療保険証　□介護支援専門員証

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

代理権 □介護保険証　□医療保険証　□戸籍　□委任状　□その他（　　　　　　　　　　　　）

個人番号　　□個人カード　 □通知カード　 □住民票　□システム

**※領収書の添付が困難な場合**

同　意　書

　介護保険料高額介護（予防）サービス費の支給申請のために、私

の介護サービス費の支払状況を、貴市が介護保険事業所に照会することに同意します。

　また、貴市の照会することについて、私が同意している旨を介護保険事業所に伝えて構いません。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

（あて先）倉吉市長

**※申請者以外の口座に振り込む場合**

|  |
| --- |
| 高額介護（予防）サービス費の受領に係る委任証書 |
| 委任する事項 | 被保険者　　　　　　　　　の高額介護（予防）サービス費の受領に関する一切の権限。 |
| 委任者（申請者名） | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 受任者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 委任年月日 | 平成　　年　　月　　日 |