

介護保険高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ			保険者番号			4	0	2	1	2	3
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女							
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										
大川市長 様 上記のとおり高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費の支給を申請します。 また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費で相殺することに同意します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話（ ） —											

注意・今回の申請以降、高額介護（居宅支援）（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、支給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は、高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。
- ・社会福祉法人の介護老人保健施設利用の場合、減免の有無や減免額等を市が当該施設に照会します。
- ・事業所の請求が遅れている場合、高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費の支給も遅れますのでご了承ください。
- ・世帯構成、口座、又は送付先住所等変更する場合、支給申請書を再度提出して下さい。
- ・本人や同一世帯員に介護保険料の滞納がある場合、窓口での支給に変更する場合があります。

高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他						
	フリガナ		口座名義が本人でないときは裏面も記入ください。								
口座名義人											

高額介護（居宅支援）（介護予防）サービス費支給決定通知書を下記住所に送付してください。

送付先住所 ・氏名	住所：〒	
	氏名：	電話（ ） —

市記入欄

区 分	世帯コード	給付制限状況	備 考	
1. 単独 2. 合算		有 ・ 無 給付割合（ ）		
決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長	係

※ 申請者(本人)と口座名義人が違う場合は、委任状が必要です。

この場合、口座名義人と受任者は同一名義となります。

委 任 状

大川市長 殿

私は、次の者に、

介護保険

- 1 居宅介護(介護予防)サービス費
- 2 特例居宅介護(介護予防)サービス費
- 3 地域密着型介護(介護予防)サービス費
- 4 特例地域密着型介護(介護予防)サービス費
- 5 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
- 6 居宅介護(介護予防)住宅改修費
- 7 居宅介護(介護予防)サービス計画費
- 8 特例居宅介護(介護予防)サービス計画費
- 9 施設介護サービス費
- 10 特例施設介護サービス費
- 11 高額介護(居宅支援)(介護予防)サービス費
- 12 特定入所者介護(介護予防)サービス費
- 13 特例特定入所者介護(介護予防)サービス費
- 14 標準負担額・特定標準負担額差額支給費

の受領を委任します。

年 月 日

委任者 _____ (印)

(代筆の場合:委任者の同意が必要です)

代筆者 _____ 委任者との関係 _____

住 所 _____

受任者 _____ 委任者との関係 _____

住 所 _____

電 話 () —

(備考)

※ 印鑑は、申請書と同一のものを押印してください。