

# 介護保険高額介護（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                  |   | 3 | 8    | 2 | 0 | 4 | 4 |
| 被保険者氏名 |     |      |    | 被保険者番号                 |   |   |      |   |   |   |   |
| 生年月日   | 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<br>被保険者番号 |   |   |      |   |   |   |   |
| 世帯構成   | 世帯主 |      |    |                        |   |   |      |   |   |   |   |
|        | 世帯員 |      |    |                        |   |   |      |   |   |   |   |
|        |     |      |    |                        |   |   |      |   |   |   |   |

八幡浜市長様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。  
 なお、既に支給した高額介護（介護予防）サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護（介護予防）サービス費で相殺して調整することに同意します。

年 月 日

住所  電話番号

申請者 氏名

(注意)

- ・ 今回の支給以降、高額介護（居宅支援）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ついては、高額介護（居宅支援）サービス費の支給が出来ない場合があります。

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

|             |         |                    |                 |         |      |
|-------------|---------|--------------------|-----------------|---------|------|
| 口座振替<br>依頼欄 |         | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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        |         |                    |                 |         |      |
| 口座名義人       |         |                    |                 |         |      |

※ 市記入欄(何も記入しないでください。)

| 区 分  | 世帯集約番号 | 給付制限状況      | 備 考 |
|------|--------|-------------|-----|
| 1 単独 |        | 有・無<br>給付割合 |     |
| 2 合算 |        |             |     |

被保険者本人名義でない口座を指定する場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

## 委任状

年 月 日

八幡浜市長 殿

私が八幡浜市より支払いを受ける高額介護(介護予防)サービス費について、表記の受領に関する権限を委任します。

| 委任者<br>(被保険者) | 受任者<br>(口座名義人) |
|---------------|----------------|
| 住所            | 住所             |
| 氏名<br><br>印   | 氏名             |

被保険者死亡による相続申請の場合は、下記の念書欄に必要事項を記入してください。

## 念書

年 月 日

八幡浜市長 殿

|     |             |    |  |
|-----|-------------|----|--|
| 死亡者 | 氏名          |    |  |
| 相続人 | 住所          |    |  |
|     | 氏名<br><br>印 | 続柄 |  |

年 月 日 \_\_\_\_\_ の死亡により、高額介護(介護予防)サービス費申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、八幡浜市には一切ご迷惑はおかけいたしません。