

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費等支給申請書

年 月

下記のとおり高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業の支給を申請します。  
 なお、支給決定のため必要ある場合は、私及び私の世帯の収入状況等について調査することに同意します。

年 月 日

|                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号                  | 252023 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名<br>(申請者) |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号                 | 1      | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                   | 年 月 日  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別                     | 男・女    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

注 意 ・ 今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業が支給される場合、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(介護予防)サービス費等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・高額介護予防サービス費相当を下記の口座に振り込んでください。

なお、下記口座に変更が生じた場合は、直ちに口座変更届を提出します。

※ ご本人様以外の口座を指定される場合は、委任状(別紙)の提出が必要となります。

|             |                  |  |  |  |                 |  |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  | 種 別    | 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       |                  |  |  |  |                 |  |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

彦根市記入欄

|       |        |             |               |
|-------|--------|-------------|---------------|
| 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 | (所得分布の状況等を把握) |
| 2 合 算 |        |             |               |