

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

該当する区分に○印を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | オオノ タロウ | 保険者番号 | [Redacted] | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 大野 太郎 | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 0 | 0 | | |
| 生年月日 | 明・大 昭 ○年 ○月 ○日 | 個人番号 (マイナンバー) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 住所 | 〒 816-0000 大野城市 000 0丁目 0番 0号 | | 被保険者番号・個人番号は、不明な場合は空欄のままにしてください。 | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | 000-0000 | | | | | | | | | | | |

| | | 氏名 | 生年月日 | 介護保険の被保険者番号 | | | | | | | | | |
|------|------------------------------|-------|-----------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 世帯構成 | 同一世帯で要介護認定を受け、介護サービスを利用している者 | 大野 花子 | S00.00.00 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 0 | 0 |
| | | .. | | | | | | | | | | | |
| | | .. | | | | | | | | | | | |

利用者負担減免状況 ※減免を受けている場合はご記入ください。

社会福祉法人等による減免 介護保険サービス利用者負担額助成金

社会福祉法第2条第3項第10号に規定する無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業による減免

その他:原爆一般疾病医療費の支給等 ()

個減免を受けている場合、該当のものにチェックを入れてください。
(申請していない場合は受けていないので空白。)

大野 城市長様

上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。サービス費支払いのため必要な課税状況については、地方税法はまた、高額介護(予防)サービス費の支給を受けた後、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(予防)サービス費で相殺し調整することに同意します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者本人氏名 (または相続人)

大野 太郎 印

本人または相続人の印鑑(認印で可)を必ず押印してください。

※代理申請、提出代行の場合のみご記入ください。

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|----|--------------------|--------|----------|
| 申請者 | 代理人 または 申請代行者 (事業者名) | 住所 | 大野城市 000 0丁目 0番 0号 | 電話番号 | 000-0000 |
| | | 氏名 | 大野 次郎 | 本人との続柄 | 長男 |

申請者は、本人か家族(同一世帯でなくても可)を記入してください。
また、ケアマネジャーが代行申請するときは、本人か家族の氏名を記入してください。

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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|---------|------|----|-----|-----------------------|------|---|---|---|---|---|---|
| 口座振替 依頼欄 | 金融機関コード | 〇〇 | 銀行 | 〇〇 | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| | | | 農協 | | 支店 | ①.普通 2.当座 3.その他 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| | | | 信用金庫 | | 出張所 | | | | | | | | |
| | フリガナ | オオノ ジロウ | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | 大野 次郎 | | | | | | | | | | | |

すでに相続人代表者指定届を提出済の方で、口座の変更希望が無い方は、**記入不要**です。

※口座名義人が被保険者と違う方は裏面(委任状)も忘れずに記入してください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|----|----|------|
| ※保険者記入欄※ | | | | 確認 | 入力 | 入力確認 |
| 保険料納付状況 | 給付制限状況 | 減免 | 無低老健 | | | |
| 滞納: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | |

委任状

大野城市長様

表面に記入した口座の名義が本人(被保険者)でない時、「委任をした人(被保険者)」と「委任を受けた人」(口座名義人)の両方の欄に記入が必要です。
(「委任をした人」の欄には押印も必要)

委任をした人(被保険者)

住所 大野城市 ○○○ ○丁目 ○番 ○号

氏名 大野 太郎

印

私は、介護保険高額介護(予防)サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任を受けた人

被保険者との続柄

住所 大野城市 ○○○ ○丁目 ○番 ○号

氏名 大野 次郎

電話番号 ○○○-○○○○