介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | 4 | 2 | 2 | 0 | 8 | 9 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |
| 本人支払額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備　　　　　考 |  |
| 長崎県松浦市長　様 |
| 前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 |
| 　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　　　〒 |  |  |
| 申請者 | 住所 | 電話番号 |  |
|  |  | 個人番号　　.　.　.　.　.　.　.　.　.　.　.※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。 |
|  | 氏名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注意　・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費

負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証

拠書類を添付してください。

　　　　・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、申請手続は不要となります。

　　　　・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るな

お残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。

　　　　・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。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受取口座 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） |
| 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 |
| □振込口座を指定する |
| 口座振込依頼欄 | 銀　　行 信用金庫 農　　協 (　　　　) | 本　店 支　店 (　　　) | 種目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗番号 | １ 普通２ 当座預金３ その他(　　　　　　　 ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  |  |  |  |  |  | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

市（町村）記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備考 |
| １単独２合算 |  | 有・無給付割合 　割 |  |