|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  記載例  **本人の情報を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フ リ ガ ナ  被保険者氏名 | | | **ナガサキ　タロウ** | | | | | | | | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | 4 | 2 | | 2 | | 0 | 1 | | 4 |  |
| **長崎　太郎** | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | 0 | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
| 個人番号 | | **○** | **○** | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |  |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　**○** 年　**○**　月　**○**　日生 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 | | | 長崎市　　　**桜**　　　町　　　　　　番地  丁目　　**２**　番　　**２２**　号　　電話番号 **○○○**（**○〇〇**）**〇〇〇〇**  **本人を含む**  **世帯員全員を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 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 | | **長崎　太郎** | | | | | | | 明･大･昭　 **○**年　**○**月　**○**日 | | | | | | 0 | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
| 世帯員 | | **長崎　花子** | | | | | | | 明･大･昭　 **○**年　**○**月　**○**日 | | | | | | 0 | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | 0 | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | 0 | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | 0 | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| (あて先)長崎市長  **申請日を記入**  **本人**  　上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。なお、返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。  　　令和　**○**年 　**○**月**○**日  　　　　　　住所　長崎市　　　　**桜**　　町　　　　 　番地  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　丁目　　**２** 番　　**２２** 号  電話番号　**〇〇〇**（**〇〇〇**）**〇〇〇〇**  　　　　　　氏名　　**長崎　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・今回の支給以降、高額介護(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ついては、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。  **振込口座を記入**  **ゆうちょ銀行の場合は店番（3桁の数字）を記入**  　高額介護(介護予防)サービス費について、口座振込を希望される場合は、次の口座振込依頼欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込  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 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 | | **○** | | **○** | | | **○** | | **○** | | | **○** | | **○** | | | **○** | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  | |
| フリガナ  口座名義人 | | | | **ナガサキ　タロウ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **長崎　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状(申請者以外の口座に振込を希望される場合にご記入ください)  **本人以外の口座に振込を**  **希望する場合のみ記入**  **委任者＝本人**  **受任者＝上記の口座名義人**   |  | | --- | | 長崎市会計管理者　様  委任者の住所  氏名  高額介護サービス費の支払いについては、受領の権限を下記の者に委任します。  受任者の住所  氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 本市記入欄 | | | | 区分  **「身元確認」と「個人番号確認」の書類（郵送の場合は写し）を添付してください。**  （個人番号がわからないなど記入が難しい場合は、身分証明書と個人番号の書類の添付は不要です。） | 給付制限状況 |  | 備考 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 単独 | 有　・　無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 合算 | 給付割付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  記載例  （相続人申請）  **本人の情報を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フ リ ガ ナ  被保険者氏名 | | | **ナガサキ　タロウ** | | | | | | | | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | 4 | 2 | | 2 | | 0 | 1 | | 4 |  |
| **長崎　太郎** | | | | | | | | | 被保険者番号  **個人番号の記入は不要** | | | | | 0 | | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
| 個人番号 | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　**○**　年　**○**　月　**○**　日生 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 | | | 長崎市　　　**桜**　　　町　　　　　　番地  丁目　　**２**　番　　**２２**　号　　電話番号 **○○○**（**○〇〇**）**〇〇〇〇**  **本人を含む、当時の**  **世帯員全員を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 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 | | **長崎　太郎** | | | | | | | 明･大･昭　 **○**年　**○**月　**○**日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
| 世帯員 | | **長崎　小太郎** | | | | | | | 明･大･昭　 **○**年　**○**月　**○**日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | **○** | | **○** |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| (あて先)長崎市長  **申請日を記入**  　上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。なお、返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。  **相続人の情報**  　　令和　**○**年　 **○**月**○**日  　　　　　　住所　長崎市　　　　**桜**　　町　　　　 　番地  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　丁目 　**２**　番　 **２２**　号  電話番号**〇〇〇**（**〇〇〇**）**〇〇〇〇**  　　　　　　氏名　**長崎　小太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・今回の支給以降、高額介護(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ついては、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。  **ゆうちょ銀行の場合は店番（3桁の数字）を記入**  **相続人の**  **振込口座を記入**  　高額介護(介護予防)サービス費について、口座振込を希望される場合は、次の口座振込依頼欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振込  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | **○** | | | **○** | | **○** | | | **○** | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  | |
| フリガナ  口座名義人 | | | | **ナガサキ　コタロウ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **長崎　小太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状(申請者以外の口座に振込を希望される場合にご記入ください)   |  | | --- | | 長崎市会計管理者　様  委任者の住所  **給付費支給申出書兼確約書を**  **添付してください**  氏名  高額介護サービス費の支払いについては、受領の権限を下記の者に委任します。  受任者の住所  氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 本市記入欄 | | | | 区分 | 給付制限状況  **記入不要** |  | 備考 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 単独 | 有　・　無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 合算 | 給付割付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |