|  |
| --- |
| 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 |  | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

 |