|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フ リ ガ ナ  被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | 4 | 2 | | 2 | | 0 | 1 | | 4 |  |
|  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | 0 | | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 個人番号 | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 | | | 長崎市　　　　　　　町　　　　　　番地  丁目　　　　　番　　　　　号　　電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 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 | |  | | | | | | | 明･大･昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | 0 | | | 0 | 0 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 世帯員 | |  | | | | | | | 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  　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。  　　平成　　　年　　 月　 　日  　　　　　　住所　長崎市　　　　　　　町　　　　 　番地  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　 　番　　　 　号  電話番号　　　（　　　）  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  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 |  | 備考 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 単独 | 有　・　無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 合算 | 給付割付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |