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

 |