介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書（受領委任払用）

様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 保険者番号 | | | | | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **固定文言１**  備考 | **固定文言２＋編集１** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）長　様  **固定文言３** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  **固定文言４** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (受領委任事業所) | | | 〒  所在地 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 上の事業所に高額介護（予防）サービス費の請求及び受領を委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |

　＜承認の要件＞

**固定文言５**

1. 月途中の入所については、その翌月以降を承認可能月とします。

　 また、月途中の退所の場合は、その前月までが承認月となります。

1. 介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。
2. 介護保険施設の同意を得ていること。

**自由記載１**

　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。

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