**介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書**

　　　　　年　　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | |  | | | | 3 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日　生 | | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | 性別 | | 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 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 岩 美 町 長　　　様  上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  申請者  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・今回の支給以降、高額介護（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（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（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  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 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1. 普通預金  2. 当座預金  3. その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

市（町村）記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備　　　考 |
| １単独  ２合算 |  | 有・無  給 付 割 合 |  |
| 【申請者】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請者  □被保険者  □代理人  ※該当する方に☑チェック | 氏名 |  | 被保険者との関係 |  | | 住所 | 〒  電話番号 | | | | ※申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載。申請者欄が代筆の場合は欄外に代筆者の住所、氏名、申請者との関係をご記入。 | | | | | 【代理人の確認書類】(右記に☑チェック)→□登記事項　□委任状　□その他(　　　　　　　　) | | | | | | | | |

【委任状】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | | 代理人(委任者に代わって手続きする人) | | | |
| 住　所 |  | 住　所 | |  | |
| 氏　名 |  | 氏　名 | |  | |
| 生年月日 |  | 生年月日 | |  | |
| 私は右記の者を代理人として高額介護(予防)サービス費支給申請を委任します。  　　　年　　月　　日 | | 代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所を以下に記入してください。 | | | |
| 施設等 | 住　所 | |  |
| 氏　名 | |  |
| 事業所番号 | |  |

【岩美町記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者本人の申請 | | 代理人の申請 | | |
| 個人番号の確認 | 身元確認 | 代理権の確認 | 代理人の身元確認 | 被保険者本人の  個人番号の確認 |
| 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他（　　　　） | 個番カ　運免  旅券　身体手帳　精神手帳  その他（　　） | 登記事項証明  委任状  その他（　　　　） | 個番カ　運免  旅券　身体手帳　精神手帳  その他（　　） | 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他（　　　　） |