　様式第２３号（第２３条関係）

　　　　　　　　　介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（ 　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | |  | | 保険者番号 | |  |  |
|  | 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 | |  |  |
|  | 個人番号 | |  |  |
|  | 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | 性　別 | | 男　　・　　女 |  |
|  | 住　　所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |  |
|  | 該当月分の | |  | | | | |  |
|  | 支払額合計 | |  |
|  |  | | 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 |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | 平戸市長　様 | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  | 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  | 年　　月　　日 | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  | 住所 | | | | | | |  |
|  | 申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |  |
|  | （本人）　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |  |

※注意　・高額介護（介護予防）サービス費は一度申請していただければ、支給限度額を超えた分を毎月

　　　　　今回指定した口座に振り込みます。

　　　　・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。

・振込口座名義人が被保険者本人でない場合、裏面の委任状を記入してください。

高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 振込先  金融機関 | 銀　行  　　　　　　　農　協  漁　協  金　庫 | | 本　店  　　　支　店  本　所  支　所  出張所 | 種目 | 口座番号 |  |
|  | １普通預金  ２当座預金  ３そ の 他 |  |  |
|  | ゆうちょ銀行（郵便局） | | 記号 | 番号 | |  |
|  |  |
|  | フリガナ |  | | | |  |
|  | 口座名義人 |  | | | |  |

　　市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　分 | 世帯集約 | 領収書 | 給付制限 | 支給決定金額 | 備　考 |  |
|  | 番　号 | 確認欄 | 状　況 |  | （所得分布の状況等を把握） |  |
|  | １　単独 |  |  | 有・無 |  |  |  |
|  | ２　合算 |  |  | 給付割合 | 円 |  |  |

委　任　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

私は､　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め､次の権限を委任する。

令和　　年　　月分以降の、高額介護（介護予防）サービス費の受領に関すること。

申請者の住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人の住所

申請者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印