様式第22号（第27条関係）

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

（高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費の支給の申請用）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 平成・令和　　年　　月分 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性別 | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | 性別 | | | 被保険者番号  介護保険の被保険者の場合に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | ・　　・ | | 男・女 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 世帯員  前年の収入がない未成年者を除く。 |  | ・　　・ | | 男・女 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | ・　　・ | | 男・女 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | ・　　・ | | 男・女 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | ・　　・ | | 男・女 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 奥州市長　宛  上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費等の支給を申請します。なお、既に支給した高額介護（介護予防）サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護（介護予防）サービス費で差額の調整を行うことに同意します。  　令和　　　年　 　月　　日　　　　　　〒  申請者　住所  　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  金庫  組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | 預金名義人 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | 預金の種目 | | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 普通・当座 | |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 受領委任欄 | この申請による支給金の受領を上記の名義人　　　　　　　　に委任します。 | | | | | | | | | 委任者 | ㊞ | | | | | | | |

１　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。

２　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※ 処理欄(記入不要) | | | |
| 入力日 | | ／ | |
| 確認日 | | ／ | |
| 受付 | 入力 | | 確認 |
|  |  | |  |