**介護保険 高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費 支給申請書**

 **（ 年 月分～** **）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者氏　　　 名 |  | 男・女 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 　　　年　　　月　　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　 所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　－ | 介護度 |
|  |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **砺波地方介護保険組合 理事長 あて****上記のとおり、高額介護(介護予防)サービス費・高額総合事業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　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との関係　　　　　　 　） |
| **高額介護(介護予防）サービス費・高額総合事業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 信金・信組農協・労金 | 本 店 支 店 出張所店  | 預金種目 | 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 |  |
| 注意　■振込口座が被保険者本人名義でない場合は、裏面の代理受領委任状欄も記入してください。■ゆうちょ銀行口座をご指定の場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号を記入していただく必要があります。（従来のゆうちょ銀行口座番号（記号・番号）のままでは振り込むことができません。)詳しくは、ゆうちょ銀行ホームページ、または、最寄りのゆうちょ銀行窓口にてご確認ください。■今回の申請の翌月以降に、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費が支給対象となる場合は、申請されなくても、今回指定された口座に自動的に振り込まれます。振込みの際には「支給決定通知書」で振込金額等をお知らせします。■給付制限を受けている方は、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。※組合・市記入欄 |
| 区　　分 | 世帯集約番号 | 申請負担軽減入力確認 | 給付制限状況 | 備　　考（所得分布の状況を把握等） |
| １ 単 独２ 世帯合算 |  | □ | 有 ・ 無給付割合[ ] | 利用者負担 １・２・３・４・５ 段階 |

**代理受領委任状**

　　　　年　　月　　日

砺波地方介護保険組合 理事長 あて

委　任　者　　　　　 住　所

　（被保険者）

 氏　名

私は、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給に

ついて、下記の名義人の口座に振り込むことを委任します。

　　　受　任　者 　住　所

　　（受取人）

　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 被保険者との続柄

　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面