別記第 33 号様式（第 22 条第 1 項関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	保険者番号	0 1 2 2 9 4
		個人番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊
生年月日	大・昭　年　月　日	被保険者番号	
住所	〒　－ 電話番号		

世帯構成		氏名	生年月日	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		大・昭・平　年　月　日	
	世帯員		大・昭・平　年　月　日	
			大・昭・平　年　月　日	

富良野市長　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

〒　－

申請者

住所

氏名　　続柄　　電話番号

注意　・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
・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、申請手続は不要となります。
・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
・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。

高額介護サービス費を下記の口座に振り込んでください。

【受領委任の場合】

上記申請に係る高額介護（予防）サービス費の受領を　　㊞　続柄　　に委任します。

年　月　日

〒　－

被保険者

住所

氏名　　㊞　電話番号

	金融機関名	種類	口座番号	口座名義人
口座振替依頼欄	銀行 農協 信金 労金	普・当		ﾌﾘｶﾞﾅ
	本店 支店			

※ゆうちょ銀行の場合は、店番を記載

＊市記入欄

世帯区分	世帯集約番号	給付制限	備考
□ 単独 □ 合算		有・無 給付割合　割	