

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	フリガナ ホツカイ ミチコ	保険者番号	0 1 2 2 9 4
	北 海 道 子	個人番号	* * * * * * * * * * * *
生 年 月 日	大(昭) 年 月 日	被保険者番号	9 9 9 9 9 9
住 所	〒 076-0018 富良野市弥生町1番1号 電話番号 0167-000-1234		

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
〒 076 - 0018

住 所 **富良野市弥生町1番3号**

申請者
氏 名 **北 海 道 夫** 続 柄 **長 男** 電話番号 **0167-000-5678**

被保険者からみた関係を記載
(例：夫、妻、長女、次男 など)

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わります。
- ・給付制限を受けています。

振込先が被保険者の口座ではない場合に記載が必要です。

※ただし、被保険者がすでにお亡くなりになっており、ご遺族の口座が振込先となる場合は記載不要です。

高額介護サービス費を下記

【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 **北 海 道 夫** (北 海) 続 柄 **長 男** に委任します。

●● 年 ● 月 ● 日
〒 076 - 0018

住 所 **富良野市弥生町1番1号**

被保険者
氏 名 **北 海 道 子** (北 海) 電話番号 **0167-000-1234**

口座振替 依頼欄	金融機関名	種類	口座番号	口座名義人
	●●● ●●● ●●● ●●● ●●● ●●●	銀行 農協 信金 労金 本店 支店	普 当	9 9 9 9 9 9 9

※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
<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算		有 ・ 無 給付割合 割	