様式第65号（第39条、第40条関係）

高額介護サービス費等支給申請書（　　　　　年　　 月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 個人番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 保険者番号 | | | | | | ０１２２０３ | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | 性　別 | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同世帯の  要介護認定者 | 被保険者氏名 | 生年月日 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | 負担段階（※） |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 第　　段階 |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 第　　段階 |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 第　　段階 |
| 士別市長　様  　上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　住所  申請者  （被保険者）    　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　１．※欄は記入不要です。

　　　　２．今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、手続きは不要となります。

　　　　３．給付制限を受けている方については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

　　　　４．受領委任払を利用する場合は、委任状の添付が必要です。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  | 普通・当座・その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

市記入欄（※）

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 備　　　　　　　　考 |
| １．単　独  ２．合　算 | 負担限度額　　　　　　円  給付制限（　有 ・ 無　） |