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　） |