様式第７号

　　　　　 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | | | | | | | | 3 | 9 | 2 | 0 | 9 | 2 |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該月分の支払額合計 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 |  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 土佐清水市長　　　　　様  　　 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。  　　　　　　　　年　　　　月　　　　 日  　　　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　注意　　　・今回の支給以降，高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合，申請手続きは不要となります。また，支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

　　　　　　　・給付制限を受けている方については，高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

　　　　　　　・利用者負担額を支払わず高額介護(介護予防)サービス費の支給を受けた場合は支給済み額を返還していただくこととなります。

　　高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依 頼 欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | １．普通預金  ２．当座預金  ３．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |

　　 市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 世帯集約番号 | 領収書確認欄 | 備考 |
|  |  | 無  給 付 割 合 |  |