**介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書**

令和　　年　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 |  | 0 | 9 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明･大･昭 　 年　月　 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 〒　　　-  電話番号　　　（　）  |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 栃木市長 あて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。　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　住　所被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－　　　　　氏　名 　　　　　印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 注意 | ・ | 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。なお、総合事業に移行し高額サービス費に該当した場合も、引き続き今回指定した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。（予防）サービス費が減額となった場合、以降の高額介護（予防）サービス費で調整することに同意します。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ください。 |

|  |
| --- |
| □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）　公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。□振込口座を指定する |
| 口　座振　替依頼欄 | 銀　　行信用金庫労働金庫農業協同組合 | 本店支店支所 | 種目 | 口座番号 |
| 1普　通2当　座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備考 |
| １　単独２　合算 |  | 有・無給付割合 |  |