第３５号様式（第２２条関係）

|  |
| --- |
| 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 |
| 　 | フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 該当月分の支払額合計 | 　　　　　　　　　　　　　　月分　　　　　　　　　　　　円 |
| 　 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　白　河　市　長　上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | ㊞ | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　注意・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。　　　・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。　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。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| 1普通預金2当座預金3その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |
| 　 |
| 　※本人以外の口座に振込みを希望する方は、以下を記入してください。 |
| 　 | 委任欄 | 　　　　　　　　　　　　　委任者　　住所　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞私（被保険者）は本申請に基づく高額介護（介護予防）サービス費の支給に関する受領を下記代理人に委任します。　　　　　　　　　　　　　代理人　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 　 |
|  |