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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |