|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書**　　　　　　年　　　月　提出　（　要支援　　　,要介護　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | 苫小牧市 | ０ | １ | ２ | １ | ３ | ８ |
|  |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　 年　　 月　 　 日生 | 性別 | 男 　・　 女 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 世帯員 |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 苫小牧市長　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。　　　　また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び　　　世帯員の所得状況等について調査することに同意します。　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請代行者　　　　　　　　　住　所　　苫小牧市　　　　　　　町　　　　丁目　　　　　番　　　　　号　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号 |

　　　　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。（平成17年10月提供分以降）・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。**下記の口座に振込みを希望します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |

※苫小牧市記載欄　（ｶｰﾄﾞ確認・職権記載）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 区分 | 給付制限状況 | 世帯課税/非課税 | 老齢福祉年金 | 受付印 |
| ・　　　・ | □単独　□合算 | 有　・　無 | 課　・　非 | 有　・　無 |
| ・　　　・ | □単独　□合算 | 有　・　無 | 課　・　非 | 有　・　無 |
| ・　　　・ | □単独　□合算 | 有　・　無 | 課　・　非 | 有　・　無 |
| ・　　　・ | □単独　□合算 | 有　・　無 | 課　・　非 | 有　・　無 |

 |