

介護保険高額介護(介護予防)サービス費等支給申請書

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 介護保険被保険者証に記載されている 被保険者番号を記入してください。 </div>	
(本人氏名)			
生年月日		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 個人番号カード及び通知カードに記載されている 個人番号を記入してください。 </div>	
年 月 日			
性別		※利用者負担減免状況 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等による減免 <input type="checkbox"/> 春日市介護保険サービス利用者負担額助成金 <input type="checkbox"/> 社会福祉法第2条第3項第10号に規定する 無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は 介護医療院を利用させる事業による減免 <input type="checkbox"/> その他:原爆一般疾病医療費の支給等 ()	
本人住所	〒 -		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> わからない場合は、 未記入で提出してください。 </div>			
電話番号() -			
(宛先)春日市長 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費(以下「高額介護サービス費等」という。)の支給を申請します。また、春日市高齢課長を代理人と定め、高額介護サービス費等の請求に関する権限を委任します。 なお、既に支給した高額介護サービス費等について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護サービス費等で相殺して調整することに同意します。 年 月 日			
申請者住所		電話番号	() -
申請者氏名	(記入者氏名)		続柄 ()

※今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、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。

※給付制限を受けている方は、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。			
銀行・信用金庫		本店	普通
農協・信用組合		支店	当座
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

※被保険者本人の口座を記入してください。

※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される場合、ゆうちょ銀行の窓口にて印字された振り込み用口座番号を記入してください(記号・番号では振り込みできません。)

※振込口座の変更が生じた場合は速やかに連絡してください。

※保険者確認欄

受付印

利用者段階	1・2・3・4・5	受付日登録		受付者
給付制限	有・無	貸付	有・無	口座登録
世帯合算	有・無	氏名		
個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・ <input type="checkbox"/> 通知カード・ <input type="checkbox"/> 自治体身分証明書			
備考	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> この欄は記入しないでください。 </div>			