

# 介護保険 高額介護(予防)サービス費支給申請書

記入日 令和 年 月 日

|   |      |        |                    |
|---|------|--------|--------------------|
| フリガナ  |      | 保険者番号  | 252031             |
| 被保険者氏名  |      | 被保険者番号 |                    |
| 個人番号  |      |        |                    |
| 生年月日  |      |        |                    |
| 住所  | 電話番号 |        |                    |
|   | 氏名   | 生年月日   | 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  |        |                    |
|   |      |        |                    |
| 長浜市長 あて<br>上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。<br>令和 年 月 日<br>住所 電話番号<br>申請者 (申請者が支給対象者と異なる場合)<br>氏名 続柄<br>※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。 |      |        |                    |

注意) ・今回の申請以降、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。

・給付制限を受けている方については、高額介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(予防)サービス費を下記口座に振り込んでください。

| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | 種目      | 口座番号    |  |  |  |
|-------------|-----------------------|-----------------|---------|---------|--|--|--|
|             | 金融機関コード               | 店舗コード           |         | 1. 普通預金 |  |  |  |
|             |                       |                 | 2. 当座預金 |         |  |  |  |
|             |                       |                 | 9. その他  |         |  |  |  |
|             | フリガナ                  |                 |         |         |  |  |  |
|             | 口座名義人                 |                 |         |         |  |  |  |

注意) ・支給対象者本人以外の代理口座に振込を希望する場合、また、申請者が支給対象者本人と異なる場合は、裏面の委任状もあわせて記入してください。

## 【長浜市記入欄】

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

※ 裏面の「確約書・同意書」・(「委任状」)にも記入してください。

# 確約書 ・ 同意書

下記のとおり確約・同意することにより、今後、介護保険の高額介護(予防)サービス費の支給については、届出済みの口座にお振り込みいただくようお願いいたします。

## 記

1. 介護保険施設等における自己負担額については、確実に支払います。
2. 届出済みの口座に変更があった場合は、速やかに連絡します。
3. 支給された高額介護(予防)サービス費について金額の過誤調整等があった場合には、すみやかに返還します。また、この場合、おって支給される高額介護(予防)サービス費において債権債務の相殺が行われる場合があることに同意します。
4. 自己負担額の支払い等について、介護保険施設等に問い合わせを行うことに同意します。

令和 年 月 日

長 浜 市 長 あて

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。

# 委 任 状

令和 年 月 日

長 浜 市 長 あて

|              |        |      |   |     |
|--------------|--------|------|---|-----|
| 受任者<br>(代理人) | 住 所    |      |   |     |
|              | 氏 名    |      |   |     |
|              | 本人との続柄 | 生年月日 | 年 | 月 日 |

私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

1. 高額介護(予防)サービス費 申請の権限
2. 高額介護(予防)サービス費の確約書・同意書 への確約・同意の権限
3. 高額介護(予防)サービス費 還付金の受領権限

|             |        |                                |   |     |
|-------------|--------|--------------------------------|---|-----|
| 委任者<br>(本人) | 住 所    |                                |   |     |
|             | 氏 名    | ※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。 |   |     |
|             | 本人との続柄 | 生年月日                           | 年 | 月 日 |