

記載例

被保険者本人の氏名 (年 月分) 介護保険高額介護サービス費等支給申請書

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--------|------------|------------------------|----|
| フリガナ | | 保険者番号 | 232090 | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 1234567000 | | |
| 生年月日 | 明(大)・昭 年 月 日 | 性別 | (男)・女 | | |
| 住所 | 〒 447 - 8601 碧南市 松本町28番地 電話番号 (0566)41-3311 | | | | |
| 該当月分の支払額合計 | 円 | | | | |
| 世帯構成 | 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 | 備考 |
| 世帯主 | | 年 月 日 | | 2 2 3 4 5 6 7 0 0 0 | |
| 世帯員 | | 年 月 日 | | 1 1 2 3 4 5 6 0 0 0 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費の支給の申請をします。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 碧南市長 永島 卓 殿 | | | | | |
| 申請者 住所 碧南市 松本町28番地 | | | | | |
| 氏名 印 | | | | | |
| 電話番号 () | | | | | |

注意 1 給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。

2 この申請書の裏面に、領収証を添付してください。

必ず記入してください

高額介護(居宅支援)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | |
|-------------|---------|------------------------------|-------|---|---------------|
| 口座振込 依頼欄 | 碧南 | (銀行) 信用金庫 信用組合 協同組合 | 碧南支店 | 種目 | 口座番号 |
| | 金融機関コード | | 支店コード | <input type="radio"/> 普通預金 <input type="radio"/> 当座預金 <input type="radio"/> 貯蓄預金 <input type="radio"/> その他 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

市町村記入欄

| 区分 | 世帯番号 | 領収書確認欄 | 給付制限状況 有・無 給付割合 | 備考 |
|------|------|--------|-----------------------|----|
| 1 単独 | | | | |
| 2 合算 | | | | |

申請について

申請者名は、被保険者本人です。

本人の印鑑が必要です。 本人が死亡されている場合は相続人代表の方でお願いします。

振込先は必ずお書きください。

または、振込先銀行口座等のわかるものをお持ちください。

対象年月分の領収書が必要です。

口座振替等で支払われている場合で領収書が無い場合は、請求書及び口座振替記載のある通帳をお持ちください。

申請には時効があります。ご注意ください。

この申請は介護サービスを受けられた月の翌月1日から起算して2年以内に行われないと、介護保険法による時効となり、高額介護サービス費は支給されません。

被保険者本人の支払った額(保険分)を記入

申請者は被保険者本人
本人死亡の場合は「相続人代表」