

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書兼
 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|-------------------|------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ 被保険者氏名 (申請者) | | 保険者番号 | | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| | | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 宇都宮市 | 電話番号： | | | | | | | |
| 本人 以外 の 世 帯 員 | 氏 名 | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大 昭・平 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | |
| | 氏 名 | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大 昭・平 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | |
| | 氏 名 | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大 昭・平 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | |

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり、平成・令和 年 月分(以降)の高額介護・高額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の支給を申請します。

◎支給内容の通知を下記に送付して下さい。

(被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 送 付 先 | 〒 住所： 氏名： | 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・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。
 ・今回の支給以降、高額介護・高額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
 費が支給される場合、申請手続きは不要となり、利用月の2~3か月後に今回指定された口座
 に振り込まれます。

◎上記の給付費及び事業費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------|--|--|--|--|--|
| 口 座 振 込 依 頼 欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農 協 | 本店 支店 支所 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 | | | | | | |
| | フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | |

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

| | |
|-----|--|
| 受 付 | |
|-----|--|

〈裏面〉

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

(被保険者)

・住 所 : 宇都宮市

・氏 名 :

私は、高額介護・高額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の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所 :

・氏 名 :

(続柄 :)

宇都宮市 記入欄

| 利用区分 | 負担割合 |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1 介護(予防)サービスのみ ・ 2 総合事業のみ | 1割 ・ 2割 ・ 3割 |
| 3 介護(予防)サービスと総合事業の両方 | |

| 世帯区分 | 給付制限 | 備 考 | |
|-------|-----------|--------------------------------|--------------|
| 1 単 独 | 有 ・ 無 | 生保 ・ 老福 ・ 非課税 ・ 課税 | 不支給 ・ 支給 |
| 2 合 算 | 給付割合 % | 年 月 ~ 年 月 | 円 |

《 記 載 例 》

介護保険高額介護・高額介護予防サービス費支給申請書兼 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|--|
| フリガナ 被保険者氏名 (申請者) | ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎 | 保険者番号 | | | | | | | | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 5 | |
| | | 介護保険 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・ 昭 10年10月10日生 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | | |
| 住 所 | 〒320-8540 宇都宮市 旭1-1-5 | | 電話番号：632- <u>306</u> | | | | | | | マイナンバーを記入してください。 | | | | | | |
| 本人 以外 の 世 帯 員 | 氏 名 | 宇都宮 花子 | 介護保険 被保険者番号 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | |
| | 生年月日 | 明・大・ 昭 11年11月11日生 | 個人番号 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 氏 名 | | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | 介護保険 被保険者番号 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり、**平成**・令和〇〇年〇〇月分(以降)の高額介護・高
額介護予防
サービス費相当事業費の支給を申請します。
◎支給内容の通知を下記に送付して下さい。
(被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)

〒320-0000 電話番号：600-0000

送 付 先 住所：宇都宮市〇〇町〇〇〇-〇〇
氏名： 宇都宮 次郎

支給決定通知書を送付いたしますので、現住所以外へ送付する場合のみ、記入してください。

- 【注意】・給付制限を受けている方については、高額介護・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。
・今回の支給以降、高額介護・高額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が支給される場合、申請手続きは不要となり、利用月の2~3か月後に今回指定された口座に振り込まれます。
◎上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 口 座 振 込 依 頼 欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農 協 | 本店 支店 支所 出張所 | 種 目 | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店 舗 コード | 1 普通預金 2 当座預金 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | フリガナ 口座名義人 | ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎 | | | | | | | | |

振込口座を記入してください。被保険者本人以外の口座への振込の場合は、裏面の委任状欄も記入してください。

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

| | |
|-----|--|
| 受 付 | |
|-----|--|

