

〔介護保険高額介護（介護予防）サービス費〕支給（変更）申請書
高額介護予防サービス費相当事業

太枠の中だけ記入してください

年 月

フリガナ		保 険 者		宮古市 032029			
被保険者氏名		被保険者番号					
		個人番号					
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		性 別 男 ・ 女			
住 所		〒		電話番号			
世帯構成	世 帯 員	氏 名	生年月日	性別	続柄	介護保険サービス利用の有無	介護保険被保険者番号
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	

宮古市長 様

上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。支給にあたっては、下記口座に振り込むよう依頼します。また、高額介護（介護予防）サービス費等に過誤調整などが生じた場合は、後日支給される高額介護（介護予防）サービス費等との相殺を承諾します。

令和 年 月 日

住 所
申 請 者
氏 名

（印）

日中の連絡先（電話番号 - - ）

口座振替 依 頼 書	銀行 信用金庫 その他		本店 支店 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							
					3 その他							
	フリガナ 口座名義人 （代 理 人）											

※ 振込先の口座名義人が申請者（被保険者）と違う場合は、以下の委任状に記名押印してください。

委 任 状

宮古市長 様

私は、高額介護（介護予防）サービス費等の受け取りを上記代理人に委任します。

申請者

（印）

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費等の支給の対象となった場合の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。

- ・ この申請書には領収書の添付は原則不要です。
- ・ 平成20年4月以降のサービス利用について、未支給の月がある場合は、サービス利用から2年まで遡り今回の支給と併せて支給します。
- ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費等の支給ができない場合があります。

【 宮古市記入欄 】

給付制限	無 ・ 有	税状況等確認	（備 考）
要介護度	事業対象者 ・ 支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
世帯合算	無 ・ 有 （世帯番号 ）		
課税等状況	本人 課税 ・ 非課税 ・ 老福年金受給 ・ 生活保護受給 ・ 境界層		
年度	世帯 課税 ・ 非課税		
利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	給付額等確認	
支給対象自己負担額A	円		
上限額 B	44,400 ・ 37,200 ・ 24,600 ・ 15,000 ・ （ ）		
支給決定額 A－B	円		