

高額介護サービス費等支給申請書兼請求書

被保険者番号				保険者番号				142117			
個人番号											
ふりがな						生年月日		年 月 日			
被保険者氏名						性別		男 ・ 女			
住所						電話 ()					
給付・事業の種類		<input type="checkbox"/> 高額介護サービス費		<input type="checkbox"/> 高額介護予防サービス費		<input type="checkbox"/> 高額介護予防サービス相当事業費					
支払額合計 円 () 分											
氏名				生年月日		性別		被保険者番号			
世帯構成	世帯主										
	世帯員										
(宛先) 秦野市長 上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費等の支給を申請・請求します。 年 月 日 <div style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 電話 ()</div>											
※ 銀行等の口座をご登録ください。ゆうちょ銀行もご登録可能です。											
振込先	金融機関名		銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合				本・支店 支所				
			金融機関コード				店舗コード				
	預金の種類		1 普通預金	フリガナ							
		2 当座預金	通帳名義人								
口座番号											
委任状	なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。 受任者（口座名義人） 委任者（被保険者） 氏名 氏名 <div style="text-align: right;">(署名又は記名押印)</div>										

この申請書を提出していただき、口座を登録されますと、次回、高額介護サービス費等の対象になられた場合は、申請をされなくても、自動的に御指定の口座に振込みをいたします。

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

上記申請・請求について、次のとおり決定し、別紙のとおりに通知してよろしいか。	丁	課長	課長代理	担当	受付	区分	起案	. . .
						<input type="checkbox"/> 単独	決裁	. . .
						<input type="checkbox"/> 世帯合算	通知	. . .
	区分	<input type="checkbox"/> 支給する（ <input type="checkbox"/> 口座払 <input type="checkbox"/> 窓口払） （利用者負担額） （上限額） 円 - 円				<input type="checkbox"/> 却下する理由	要介護度 要支援1・2 要介護1・2 3・4・5	
		支給決定額				円		