

# 介護保険高額介護(予防)/総合事業サービス費支給申請書・請求書

		個人番号													
フリガナ		保険者番号		1 8 2 0 6 3											
被保険者氏名		被保険者番号		0 0 0 0											
生年月日		年 月 日 生		性別		男 ・ 女									
住所		〒		-		電話番号 ( ) -									
		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							
世帯 構成	世帯主				男・女										
	世帯員				男・女										
					男・女										
					男・女										
勝山市長 様 上記のとおり高額介護(予防)/総合事業サービス費の支給を申請・請求します。  令和 年 月 日 住所 〒 - 申請者 電話番号 ( ) - 氏名															

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(予防)/総合事業サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。  
 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)/総合事業サービス費の支給ができない場合があります。

この給付金の受領は振込先名義人に委任します。  
 申請者

高額介護(予防)/総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 労働金庫 農協			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 2. 当座 3. その他							
	フリガナ													
	口座名義人													

## 市(町村)記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備考
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

1. 市町村民税世帯非課税で 老齢福祉年金受給者	利用者負担金 (A)	算定基準額 (B)	支払済額 (C)	支給決定額 (A-B-C)
2. 市町村民税世帯非課税				
3. 一般				
4. 世帯合算	円	円	円	円

(裏面)

申出書

勝山市長 殿

申請した高額介護(予防)/総合事業サービス費の支給額に、調整すべき差額が生じた場合における当該差額と、調整が確定したとき以降に支給される高額介護(予防)/総合事業サービス費支給額とを相殺することを申し出ます。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

職員確認欄

番号確認

<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )
---

1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2点	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
No	

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合確認不要

法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
委任代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類