様式第23号（第28条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請兼請求書

（　　　　年　　月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年 　月 　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
|  | 氏　　　　　名 | 生年月日 | 介護保険の被保険者の場合被保険者番号および個人番号 |
| 世 帯 構 成 | 世帯主 |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 宇佐市長　　　　　宛て上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請（請求）します。　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　（請求者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名（申請者との続柄）　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者　代筆者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

注意　・今回の支給以降、高額介護（介護予防）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（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

　高額介護（介護予防）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　　信用金庫信用組合 | 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 |  |
| 宇佐市長様についての高額介護（介護予防）サービス費の振込先については、上記に振込のこと承諾します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市記入欄 |
| 状態区分 | 要支援・要介護 | 世帯区分 | 単独・合算 |  |
| 世帯の利用者負担上限額　(Ａ) | 　　本人支払額(Ｂ) 　　世帯全体支払額(Ｃ) | 本人の利用者負担上限額　　　　　　　　　　(Ａ×Ｄ) | 高額サービス費（給付決定額）(Ｂ－Ｅ)　　 |
| 44,400円37,200円24,600円15,000円 | (Ｄ) | 円　　(Ｅ)　 | 円 |
| 老齢福祉年金（本人）有・無 |