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 | | | |