

# 介護保険高額介護サービス費等支給申請書

(捨印)  
㊞

申請者 (口座名義人)		(振込先口座)	
フリガナ _____		金融機関名	銀行 金庫 組合
氏名 _____ ㊞		店名	店
〒 _____		支店コード (店番)	※不明な場合記入不要
住所 _____		預金種目	普通
電話番号 ( ) _____		口座番号	_____
※公金受取口座を利用する場合必須 個人番号 (12桁) _____		<input type="checkbox"/> マイナポータル等にて登録済の公金受取口座を利用する場合は左にレ印。 (口座記入不要) ※個人番号カードの写しの添付が必要	
被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ほか( ) _____			
※本人以外の場合は下部のA欄(申立書)またはB欄(委任状)への記名押印が必要です			
(あて先) 山形市長			
下記の被保険者に係る介護保険高額介護サービス費等(高額介護サービス費、高額介護予防サービス費、及び高額介護予防サービス費相当事業費をいう。)について、以後発生する高額介護サービス費等を含め、支給を申請します。 また、事業者による請求誤り等が生じ、これまで支給した額に過不足が生じた場合、調整することに同意します。			
令和 年 月 日			

被保険者番号	_____	個人番号 (マイナンバー)	_____	※個人番号は不明な場合は空欄でも構いません。
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和	
被保険者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			
届出人 (記載内容についての連絡先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 氏名 _____ 住所 _____	電話番号 ( ) _____	被保険者との関係 ( ) _____	

申請者(口座名義人)が被保険者本人以外の場合は、下のA欄(申立書)またはB欄(委任状)に記名押印してください。

<b>A</b> 本人がお亡くなりになり、 相続人代表者が申請者のとき。  <b>申立書</b> 私は、被保険者本人死亡につき相続人の代表者になりましたので、当該高額介護サービス費等の申請・請求・受領について、この件に係る一切の責任を負い、申し立てます。 ※本人との相続関係が確認できる戸籍謄本の写し等の添付が必要です。  (相続人代表者) _____ ㊞	<b>B</b> 本人から委任された代理人が申請者のとき。  <b>委任状</b> 私は、当該高額介護サービス費等の申請・請求・受領に関する権限を以下の代理人に委任します。  (本人) _____ ㊞  (代理人) _____ ㊞
---	--

※この申請の際に知りえた情報については、この事務の目的以外には利用しません。

裏面もあります。

以下の欄は、山形市介護保険課から送付された「介護保険 高額介護(介護予防)等サービス費給付のお知らせ」をもとにご記入ください。

被保険者番号		被保険者氏名	
対象年月 (サービス利用月)		利用者負担額	支給予定金額
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円
令和	年 月分	円	円

**留意事項**

- ・申請が適正に受理された場合、通常1か月程度で支給決定、2か月程度で指定口座に振り込まれます。
- ・今回の申請以降、高額介護サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。
- ・保険料の滞納により、保険給付額を減額されている方には、高額介護サービス費等は支給できません。
- ・支給予定額は、請求や世帯の状況の変化により、実際に振り込まれる支給決定額とは異なる場合があります。
- ・公金受取口座をご利用される場合は、マイナポータル等にて口座情報をご登録いただく必要があります。なお、申請受付日時点でご登録のある口座に振り込まれますので、口座の変更や登録抹消を行った場合は、山形市介護保険課にご連絡ください。

※山形市記入欄	
新規・変更	備考
介護(予防)・総合事業	
未納保険料有 ・ 無	
給付制限( )	
指定口座・公金受取口座	