

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書（新規・変更）

フリガナ				個人番号															
被保険者氏名				被保険者番号															
生	年	月	日	年	月	日	性	別											
住 所		〒																	
		氏 名	生 年 月 日	性別	介護保険被保険者番号及び個人番号														
世帯構成	世帯主		年 月 日	男・女															
	世帯員		年 月 日	男・女															
			年 月 日	男・女															
			年 月 日	男・女															

(宛先) 下関市長

上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。
 なお、今後高額介護（予防）サービス費支給対象になった場合、本申請書を当該申請とみなすよう併せて申請します。

また、下記の内容について同意いたします。
 ①支給要件確認のため、私（被保険者）の世帯の課税状況を調査すること。
 ②支給決定後、利用者負担額に変更があった場合は、充当可能な範囲において、その後の支給月で調整すること。

年 月 日

申請者 住所
 (被保険者若しくは相続人) 氏名 電話 ()

代理申請者 住所
 (申請者との続柄)
 氏名 電話 ()

- 注意
- ・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 - ・支給対象月には決定通知等を送付し、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）サービス費の支給ができない場合があります。
 - ・振込先口座を変更する場合は、変更届が必要となります。
 - ・被保険者が死亡した場合は、相続人への振込みになりますので、相続書が必要となります。

高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼先	銀行 信用金庫 農協 漁協	本店 支店 支所 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																
	口座名義（カタカナ）																		

※下関市記入欄

提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	写 真 元 無 確 認 2 は 点 1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
個人番号確認	個人番号確認 有・無 通知カード・住民票提示 有・無 システム確認 <input type="checkbox"/> 確認済み		