記入例(表面)

**介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 個人番号 |  |
| フリガナ被保険者氏名 | アガノ　ハナコ阿賀野　花子 | 保険者番号 | １５２２３１ |
| 被保険者番号 | ００１２３４５６７８ |
| 生年月日 | 昭和１２年　３月　４日 | 性別 | 女 |
| 住　所 | 阿賀野市岡山町１０－１５　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 0250－62－2510 |
|  | 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 |
| 個人番号 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　阿賀野　太郎 | 昭和１１年１月１日 | 男 |  | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 | 　阿賀野　花子 | 昭和１２年３月４日 | 女 |  | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ご本人を含め、世帯の６５歳以上の方を全員記入してください。※不明な場合は、記入不要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　阿賀野市長　　様　　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。対象の被保険者の住所氏名を記入してください。※対象の被保険者が死亡している場合は、相続人代表の住所氏名等を記入してください。　　　　令和 ３ 年 ８ 月 １ 日　　　　　　　　住　　所　　阿賀野市岡山町１０－１５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０２５０－６２－２５１０　　　　　　　　氏　　名　　阿賀野　花子 |

　注意　・世帯員の欄には、同居の方で介護保険を利用している方のみ、記載ください。

　　　　・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。

　　　　　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）サービス費を受給できない場合があります。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | ○○○○ 銀行　信用金庫信用組合農協 | 本店△△　　支店出張所支所 | 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
 | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　　アガノ　 タロウ希望する振込先の口座情報を記入してください。※対象の被保険者が死亡している場合は、「委任状」欄は記入不要です。 |
| 口座名義人 | 阿賀野　太郎 |
| 委　任　状＊本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 | ＊本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。高額介護（予防）サービス費の受領を下記の者に委任します。　　令和 ３ 年 ８ 月 １ 日住所　　阿賀野市岡山町１０－１５受　託　者(口座名義人)　氏名　　阿賀野　太郎　　　　　委託者(本人)　　阿賀野　花子 |

阿賀野市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　 分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況記　入　不　要 | 入力年月日 | 備　　　　　　考 |
| １ 単独２ 合算 |  | 有 ・ 無給付割合 | 　　年　　月　　日 |  |

記入例(裏面)

**本人による申請の場合の確認欄**

○番号確認　　　　　　　　　　　　　　　○身元（実存）確認

　□　①　個人番号カード　　　　　　　　　□　①　個人番号カード

　□　②　通知カード　　　　　　　　　　　□　②　運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精

神障害者保健福祉手帳　等

　□　③　個人番号が記載された住民票　　　□　③　官公署から発行･発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所が記載されているもの）

□　④　①～③まで困難であると認めら　　□　④　①～③まで困難であると認められる場合

れる場合　　　　　　　　　　　　　　　　は以下の書類を２以上

　　　ア　保険者等において住民基本台帳　　　　ア　公的医療保険の被保険者証、年金手帳等

の確認等　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護保険被保険者証と負担割合証等）

**代理人による申請の場合の確認欄**　（来庁者氏名：　　　　　　　　　　続柄：　　　）

○代理権

□　①　法定代理人（成年後見人等）

　　　　　戸籍謄本その他資格を証明するもの

対象の被保険者以外の方が窓口にいらっしゃった場合、氏名等を記入してください。

※また、本人確認を行いますので、運転免許証などをご用意ください。

□　②　任意代理人

　　　　委任状

□　③　上記が困難な場合

　　　本人の介護保険被保険者証等官公署から本人に対し本件に限り発した書類等

○代理人の身元（実存）確認

□　①　代理人の個人番号カード・運転免許証　等

□　②　官公署から発行･発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措

　　　置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所

　　　が記載されているもの）（介護支援専門員証等）

　　□　③　①②が困難であると認められる場合、以下の書類を２以上

　　　　　　公的医療保険の被保険者証、年金手帳等（介護保険被保険者証と負担割合証等）

○　本人の番号確認

□　①　本人の個人番号カード又はその写し

□　②　本人の通知カード又はその写し

　　□　③　本人の個人番号が記載された住民票の写し等

　　□　④　①～③までが困難であると認められる場合

　　　　　　ア　保険者等において住民基本台帳の確認等

＊代理人申請で「本人の番号確認」を④とした場合は、代理権欄、代理人の身元確認欄のチェックが必要となる。（④の同意がない場合は裏面の記載不要）

＊代理人申請で同居の者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類はチェックでよい。

＊代理人申請で同居でない者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類は写しを添付する。