様式第27号(第19条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書(　　年　　月分から)

　　竹田市長　様

　介護保険高額(予防)サービス費(以下、「高額介護サービス費」)の支給を申請します。

　今後、高額介護サービス費が発生した場合は、下記の口座に振込みをお願いします。(内容の変更などがある場合は再度提出します。)なお、申請にあたり、世帯などの個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住所 | 電話番号　(　　　　)　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 氏名 | 印 | 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | (注)この欄は申請者が家族若しくは成年後見人の場合にのみ記入してください。※上記被保険者が申請する場合は記入不要  　　　〒  住所 |
| 氏名(　家族　・　成年後見人　←いずれかを○で囲む　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　(続柄：　　　　)　電話番号(　　　　)　　　　― |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 民間金融機関 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 預金種別 | 1普通　2当座　3貯蓄 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込に関する委任  　私が竹田市から支払いを受ける高額介護サービス費について、上記の預金口座に振込みすることを委任します。 | | | (注)この欄は、申請者が相続人の場合にのみ記入してください。  相続人による受領申立  　上記被保険者の死亡により、それ以降に支払われる高額介護サービス費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、竹田市には一切ご迷惑をおかけしません。 | | |
| 委　任　者 | 住　　所 | 〒 | 相　続　人 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | 印 |
| 受　任　者 | 住　　所 | 〒 | 氏　　名 | 印  相続人（被保険者）から見た続柄（　　　　） |
| 氏　　名 | 印 |
| 電話番号 | （　　　　）　　- | 電話番号 | （　　　　）　　　- |