

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ													
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日		明・大・昭 年 月 日生											
住所		〒											
		氏名				生年月日				被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合)			
		年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
世帯構成 (本人を含む。)	世帯主	年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
	世帯員	年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
		年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
		年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
		年 月 日生				年 月 日生				年 月 日生			
<p>長岡市長 様</p> <p>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します。</p> <p>また、申請内容の審査に当たり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 電話番号</p>													

注意 ・今回の申請に対する決定以後、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、特に申出のない限り、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。
 ・食費及び居住費（滞在費）等は、支給対象ではありません。

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。
 (ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。)

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）※												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する												
	金融機関名 (ゆうちょ銀行除く。)		銀行 金庫 農協 組合		支店		預金の種類		口座番号(右からつめてご記入ください。)		口座名義人		
							1 普通				フリガナ		
ゆうちょ銀行	貯金の種類		通帳記号				口座番号(右からつめてご記入ください。)		口座名義人				
	通常		の						フリガナ				
委任状 (申請者が自署する場合は押印不要)		受任者住所				受任者氏名 (口座名義人と同じ。)				年 月 日			
		支給金額の受領を上記の者に委任します。											
		委任者(申請者と同じ。)											

※ 利用する場合は、マイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。
 また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

長岡市記入欄

区分	給付制限状況	所得分布	上限額
1 単独 2 合算	1 有 2 無	第 段階	支1・2 介1・2・3・4・5