

太枠 内を記入してください

受付番号

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書・
総合事業高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

被保険者情報表: フリガナ, 氏名, 生年月日, 住所, 保険者番号, 被保険者証番号, 個人番号, 世帯構成情報

上記のとおり、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(以下「高額介護(予防)サービス費等」という。)の支給を申請します。

(私の世帯の状況、収入・課税状況、年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。また、高額介護(予防)サービス費等に過誤調整等が生じた場合は、後日支給される高額介護(予防)サービス費等との相殺を承諾します。)

令和 年 月 日

(宛先) 福岡市 区長

この欄は、代理申請または提出代行の場合のみご記入ください。被保険者ご本人が申請される場合は記入不要です。

申請者(代理人)情報表: 住所, 氏名, 電話番号, 提出代行者情報

高額介護(予防)サービス費等の受領方法について1もしくは2のどちらかの口に✓をしてください。

1 下記口座への振込を希望する。(公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。)

※振込先は、原則として被保険者本人の口座となります。

2 本人の公金受取口座への振込を希望する。
<公金受取口座への振込を希望する場合の注意事項>
・事前にマイナポータルから公金受取口座の登録が必要です。
・公金受取口座の変更・抹消を行なった場合、変更・抹消前の公金受取口座に振込む場合があります。
・被保険者本人名義の公金受取口座のみ利用できます。(相続人や代理人名義の口座は利用できません。)

注1) 社会福祉法人等が、社会福祉法に基づき行う無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業において、施設から利用者負担額の減免を受けているかどうかご記入ください。また、減免の有無の状況が変更となった場合はお申し出ください。

※領収書の添付は原則不要ですが、利用料減免などの場合は、領収書の添付を求めることがあります。

審査情報表: 要支援・要介護・事業対象者, 保険料納付状況, 給付制限, 受付印, 提出, 代理権の確認, 個人番号カード提示, 個人番号確認書類提示, 個人番号システム確認済, 課長, 係長, 係員, 入力, 受付者, 起案, 決裁, 開始日, 終了日