（窓口用）

高額介護（介護予防）サービス費支給申請兼口座確認書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 熊本市長　様  関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。  また、熊本市から支払われる高額介護（介護予防）サービス費の請求を熊本市介護保険課長に委任します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　住所  　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

高額介護(介護予防)サービス費を、次の指定口座へ振り込んでください。

申請理由：□　口座変更のため　　□　本人死亡のため　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | 支店 | | | 口座番号 | | | | | | | 口座名義人 |
|  | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  | （カナ） |
|  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 預金種目 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | 普通　・　当座 | | | | | | |

注意・振り込みを申請される口座の通帳（写し）と被保険者証を添えてください。

・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、次回以降の申請の手続きは不要です。今回申請のあった指定口座に振り込まれます。

　　・給付制限を受けている方は、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。

　　・高額介護（介護予防）サービス費は２年で時効となり、申請できなくなりますのでご注意ください。

誓　約　書

熊本市長　宛

　私は、高額介護（介護予防）サービス費に係る請求及び受領により、相続について問題が生じた場合には、責任をもって処理し解決にあたることを誓約します。

　　　年　　　月　　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　続柄

出張所、区役所使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出張所受付印 | 出張所受付者 | 区受付印 | 区受付者 | 入力日 | 入力者 | 確認者 |
|  |  |  |  |  |  |  |