**様式第３６号**（第２４条関係）

|  |
| --- |
| **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 |  | 申請年月日 | 　　　年 　月　 日 |  |
| 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 |  性　別 |  男　・　女 |
|  住　　　　所 |  〒電話番号　　　　　　　　　　 |
|  |  　　　氏　　　　　名 |  生　年　月　日 |  性別 | 上段：介護保険の被保険者の場合、被保険者番号下段：個人番号 |
|  世 帯 構 成 | 世帯主 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  小樽市長　様上記のとおり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。なお、支給される場合は下記に指定する口座に振り込んで下さい。 　被保険者氏名　　 印 |
| 委　任　欄 | （代理人の住所）　〒　　　　　　　　都道　　　　　　　市町　　　　　　　　府県　　　　　　　村　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　私は　　　　　　　　　を代理人と定め、高額介護（介護予防）サービス費の　　受領を委任します。年　　月　　日　　　　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　印 |
|  注意 ・今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は変更の手続きをしない限り今回指定した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。 |
|  |  口座振替 依頼欄 |  銀行 信用金庫 信用組合 |  本店 支店 　 　　　出張所 |  種目 |  口座番号 |  |
|  １普通預金 ２当座預金 |  |
|  金融機関コード |  店舗コード |
|  |  |
|  フリガナ 口座名義人 |  |
|  |
|  |