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(　　　年　　月分) |
| 　 | フリガナ | 　 | 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 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| (申請先)小樽市長　　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ください。被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 委任欄 | (代理人の住所)〒 |
| 　 | 　 | 都道府県 | 　 | 市町村 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　　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 |
| 　 |
|  | 口座振替依頼欄 | * 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）
 |  |
| 　 | 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 | 　 |
| 　 |

　備考　申請後の高額介護(介護予防)サービス費の取扱い等、注意事項を余白に記載すること。