第30号様式（第25条第1項関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（総合事業兼用）

持参者氏名：　　続柄：　　TEL：

フ リ ガ ナ		申　請　日	年　月　日
被保険者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日	年　月　日	個 人 番 号	
住　所	電話番号		

※被保険者本人もしくは相続人名義の口座を記入してください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号
	フ リ ガ ナ			
	口座名義人			

恵庭市長　様

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。

また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯構成員の所得状況について調査することに同意します。同様に、保険者が必要と認めた場合、施設等に情報提供することに同意します。また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護サービス費等で相殺することに同意します。

申請者
住所
氏名

電話番号

※申請者は本人又は同一世帯員。申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

注意
- 公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
- 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、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
- ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
- 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。

【恵庭市記入欄】

生活保護受給状況	□あり　□なし			
市民税課税状況	本人	□課税　□非課税	世帯	□課税　□非課税
利用者負担段階	□第　段階(15,000円　24,600円　44,400円　93,000円　140,100円) □世帯合算(　　円)			

上記の通り決定してよろしいか伺います。 年　月　日	決裁	課長	主査	スタッフ	備考