

受付印

介護保険高額介護サービス費等支給申請書
兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ		個人番号																		
被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別		男・女													
住所	佐世保市長 様																			
	①上記対象者について、高額介護サービス費等の支給を申請します。 ②上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 印 電話番号																			

※注意 ・裏面の同意書についてもご記入ください。

- ・今後、高額介護サービス費等が支給される場合、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。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (本人名義)	金融機関名		店舗名		種目	口座番号									
	銀行 農協 信用金庫 信用組合 その他		本店 支店 出張所			1 普通 2 当座 3 その他									
	金融機関コード		店舗コード												
	フリガナ														
	口座名義人														

佐世保市確認欄

区分	介護/事業	世帯自己負担上限額	利用者負担額	支給決定額	備考
<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ③			
<input type="checkbox"/> 合算	<input type="checkbox"/> 事業	<input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ①			

同意書

1. 今後、高額介護サービス費等に該当した場合には、当該費用額については、申請書の提出なしで申請書提出による申請を行った場合と同様の請求行為であること。
2. 本制度で支給を受けることができるのは、利用月の翌月1日（勸奨通知を送付した場合は通知が到達した日の翌日）を時効の起算日として算定した利用月分までとすること。それ以外の利用月において支給を受ける高額介護サービス費等がある場合は、別途、該当利用月の領収証を添付したうえで申請すること。
3. 申請書に記入した振込口座に変更が生じた場合は、再度申請書を佐世保市に提出すること。
4. 介護サービス事業所に利用料金（高額介護サービス費等の対象費用）を支払った場合に高額介護サービス費支給を受けること。利用料金を支払う前に高額介護サービス費等の支給を受けた場合には、当該支給金額について佐世保市に返還すること。
5. 高額介護サービス費等支給に関し、利用料の支払い状況について介護サービス利用事業所から、佐世保市が情報提供を受けること。
6. 既に支給を受けた高額介護サービス費等の支給金額に変更が生じた場合は、当該支給金額と再計算後の支給金額との差額を佐世保市に返還すること。
7. 佐世保市長が必要により課税状況等について調査すること。

上記の事項について同意いたします。

被保険者氏名

印
