

|   |  |   |        |    |     |
|---|--|---|--------|----|-----|
| フリガナ  |  |   | 個人番号   |    |     |
| 被保険者氏名  |  |   | 被保険者番号 |    |     |
| 生年月日  | 年  | 月 | 日生     | 性別 | 男・女 |
| 住所  |  |   |        |    |     |
| 給付を受けた<br>介護保険施設  | 名称   |   |        |    |     |
|   | 所在地  |   |        |    |     |
| 上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。<br>(宛先)村上市長<br>申請者 住所<br>(被保険者) 氏名<br>電話 ( ) |  |   |        |    |     |
| 同意書<br>兼<br>委任状   | 支給される額のうち、算定の基礎となる利用者負担金相当額から介護保険施設に<br>支払った額を控除した額の受領の権限を下記の者に委任します。<br>年 月 日 |   |        |    |     |
|   | 委任者<br>(被保険者) 氏名<br>受任者 住所<br>介護保険施設<br>代表者職氏名 氏名                              |   |        |    |     |
| ◎支給金額は施設が指定した口座に振り込みます。<br>(注意) 給付制限を受けている方は、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。 |  |   |        |    |     |

◎受領委任の対象にならない月(入・退所月等)の振込先  
 (高額介護サービス費等の振込口座を既に市に届けてある場合は記入不要です。)

| 口座振替<br>依頼欄 | 金融機関名 |                          | 種目              | 口座番号                      |
|-------------|-------|--------------------------|-----------------|---------------------------|
|             |       | 銀行<br>信用金庫<br>労働金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他 |
|             | フリガナ  |                          |                 |                           |
|             | 口座名義人 |                          |                 |                           |

※市処理欄

| 世帯番号  | 区分  | 給付制限 | 介護度 | 今回申請分提供月 | 受領委任払適用年月日 |
|---|---|------|-----|----------|------------|
|   | 単・合   | 有・無  |     | 年 月      | 年 月 日      |
| 世帯負担限度額   | 利用者負担段階   |      | 備考  |          |            |
| <input type="checkbox"/> 15,000円<br><input type="checkbox"/> 24,600円<br><input type="checkbox"/> 44,400円<br><input type="checkbox"/> 93,000円<br><input type="checkbox"/> 140,100円 | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第6段階<br><input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第7段階<br><input type="checkbox"/> 第3段階<br><input type="checkbox"/> 第4段階<br><input type="checkbox"/> 第5段階 |      |     |          |            |