**介護保険　高額介護（予防）サービス費　支給申請書**

**高額総合事業サービス費**

（宛先）松山市長

　「介護保険高額介護（予防）サービス費」及び「介護保険高額総合事業サービス費（高額介護予防サービス費相当事業分）」（以下、「高額介護サービス費等」という。）の支給を申請します。

今後、高額介護サービス費等が発生した場合は、下記の口座に振込みをお願いします。（内容の変更などがある場合は再度提出します。）なお、申請にあたり、世帯などの個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住所 | 電話番号　(　　　　)　　　　‐ |
| フリガナ氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 　年　月日 生 | 性　別 | 男 ・ 女 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者 | (注)この欄は、申請者が相続人若しくは成年後見人の場合にのみ記入してください。（※上記被保険者が申請する場合は記入不要）住所 |
| 氏名（　相続人　・　成年後見人　　←いずれかを○で囲む　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　電話番号 (　　　)　　　　―　　　　　 |

※民間金融機関かゆうちょ銀行のどちらかを必ず選択いただき、記入してください。口座名義人はフリガナも必ず記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 民間金融機関 | 金融機関名 | 銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　 信用金庫 | 預金種別 | 1 普通　 2 当座　 3 貯蓄 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店名 | 本店・支店支所・出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 |  | 通帳番号（右につめて記入してください。） | フリガナ |  |
| 1 |  |  |  | 0 | の |  |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |
|  |  |
| (注)この欄は、申請者本人以外の口座への振込みを希望する場合にのみ記入してください。 | (注)この欄は、申請者が相続人の場合にのみ記入してください。 |
| 口座振込に関する委任 | 相続人による受領申立 |
| 私が松山市から支払いを受ける高額介護サービス費等について、上記の預金口座に振込みすることを委任します。 | 上記被保険者の死亡により、それ以降に支払われる高額介護サービス費等の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、松山市には一切ご迷惑をおかけしません。 |
| 委任者 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 相続人 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印被相続人（被保険者）から見た続柄　　　　　　　　　　　電話番号 (　　　　)　　　　　― 　　　　　 |
| 受任者**裏面もご確認ください。** | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 (　　　　)　　　　　― 　　　　　　 |

 **～高額介護サービス費等について～**

1. 高額介護サービス費等を受け取る際に、この申請書をご提出ください。次回以降、高額介護サービス費等をお支払いできる場合は、本書の内容に基づいて自動的に口座振込されます。２回目以降の申請は原則として不要ですが、次の場合は改めて支給申請書を提出する必要があります。
１）希望する振込口座を変更する場合
２）申請する方が被保険者から、別の申請者（相続人若しくは成年後見人）に変わった場合
３）その他必要と認められる場合
2. 記入内容の確認のため、電話をさせていただく場合がありますのでご了承ください。
3. 支給後に介護給付費の変動などにより、追加支給、返還金が生じた場合は、松山市と利用者本人（死亡の場合は相続人）との間で支給額の調整を行う必要があることを予めご了承ください。
4. 審査をした結果は、口座振込の前に支給給決定通知書にてお知らせします。（支給金額が発生しない方には通知書は送付いたしません。）
5. 給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
6. 介護保険法第200条により保険給付を受ける権利は２年を経過したときは時効によって消滅します。

（なお、地方自治法第236条第1項により介護予防・日常生活総合支援事業費の支払いを受ける権利は５年を経過したときは時効によって消滅します。）

**～申請書記入の際の注意事項と必要な添付書類～**

1. 印かんは、朱肉を使用して押印してください。（「スタンプ印」は使用できません。）
2. 訂正には訂正印が必要です。修正液および修正テープはご利用いただけません。
また、**氏名の訂正はできませんので、その際は、もう一度新しい用紙に書き直してください。**
3. 各申請の際に必要な記入箇所と添付書類は、以下のとおりです。

**本人の口座へ振り込む場合**

|  |  |
| --- | --- |
| **記　入　箇　所** | **添　付　書　類** |
| 1. 「被保険者」欄へ記入・押印
2. 「口座振込依頼欄」へ記入
 | なし |

**本人以外の口座へ振り込む場合**

|  |  |
| --- | --- |
| **記　入　箇　所** | **添　付　書　類** |
| 1. 「被保険者」欄へ記入・押印
2. 「口座振込依頼欄」へ記入
3. 「口座振込に関する委任」欄へ記入・押印
 | なし |

**相続人が申請する場合**

|  |  |
| --- | --- |
| **記　入　箇　所** | **添　付　書　類　※次のいずれかの書類を添付** |
| 1. 「被保険者」欄へ記入
2. 「申請者」欄へ記入・押印
3. 「口座振込依頼欄」へ記入
4. 「相続人による受領申立」欄へ記入・押印
 | * 被保険者との続柄を証明するための戸籍謄本または抄本（全ページ必要・コピー可）※相続人が被保険者と住民票上同一世帯員の場合は不要
* 遺言書など相続権を証明するもの
 |

**成年後見人が申請する場合**

|  |  |
| --- | --- |
| **記　入　箇　所** | **添　付　書　類　※次のすべての書類を添付** |
| 1. 「被保険者」欄へ記入
2. 「申請者」欄へ記入・押印
3. 「口座振込依頼欄」へ記入
 | * + 成年後見登記に関する登記事項証明書
	+ 成年後見人の方の本人確認ができるもの**（運転免許証，健康保険証，パスポートなど）**
 |