**介護保険高額介護サービス費支給申請書**

**（受領委任払い専用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 保険者番号 |  | | | | | 1 | 5 | 2 | | 2 | 6 | 4 |
| 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 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当月分の  利用者負担額 | 円 | | | 該当月分の  実支払額合計 | | | 円 | | | | | | | | | | |
| （あて先）南魚沼市長  上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費の支給を申請します。  また、当該申請に基づく高額介護サービス費支給申請及び給付金の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。  　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  （兼受領委任者） | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人  （サービス事業所） | | 所在地  施設名  代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　給付制限を受けている方は、高額介護サービス費の支給ができない場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分　　　　　　　□単独　□合算  未納保険料　　　　□有　　□無  給付制限　　　　　□有　　□無 | | | 備考 | | | | | | | | | | | 受付 | | | |
|  | | | |