|  |
| --- |
| **介護保険 高額介護・高額介護予防 サービス費支給申請書** |

|  |  |
| --- | --- |
| (宛先)　京　都　市　長 | 年　　　　月　日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　介護保険法施行規則 | □第８３条の４第１項の規定により高額介護サービス費□第９７条の２第１項の規定により高額介護予防サービス費 | の支給を申請します。 |
| 被保険者 | 住所 |  　電話　 |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　月日 |
| 　　年　　月分の支払金額 |   円 |
| 注　該当する□には、ν印を記入してください。 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　介護保険高額介護サービス費・高額介護予防サービス費を次の月にまとめて支給してください。（毎月支給を希望される場合は、記入の必要はありません。複数月分をまとめて受給される希望がある場合に、支給を希望する月のすべての□に、ν印を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □１月 | □２月 | □３月 | □４月 | □５月 | □６月 | □７月 | □８月 | □９月 | □10月 | □11月 | □12月 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| この１年間で住民基本台帳の世帯構成の変更などによる世帯課税状況の変動の有無 | □有 | □無 |

　介護保険高額介護サービス費・高額介護予防サービス費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定口座 | 金融機関コード | 店舗コード | 種別 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  | １　普通２　当座３　貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 　　 銀行　　　信用組合　　　　　　　　信用金庫　農業協同組合 | 　　　　　　　本店支店　　　　　　　出張所 |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 漢　　字 |  |

（次の欄は、支給決定を行うための欄ですので記入しないでください。）

|  |
| --- |
| 上記の申請について、下記のとおり　□支給・　□不支給　を決定します。 |
| 令和　　年　　月　　日　起案令和　　年　　月　　日　決定 | 課長 |  | 係長 |  | 係員 |  |  |
| 審査 | 支給対象者の利用者負担合算額 | 　　　　　　　　　　円（１）（含まれる給付費の種類）　（特例）居宅介護・予防サービス費、（特例）施設介護サービス費 |
| 利用者負担世帯合算額 | 　　　　　　　　　　円（２）（含まれる給付費の種類）　（特例）居宅介護・予防サービス費、（特例）施設介護サービス費 |
| 課税等の状況及び支給額仮算出 | □世帯課税(現役・基準未・一般)、□世帯非課税基準超過、□境界層(24,600円・15,000円)　　　　　　　　　円（３）＝（（２）－世帯上限額　　　　　　　円）×（１）／（２） |
| 老福年金受給者等支給額仮算出 | □世帯非課税基準以下、□老齢福祉年金受給、□激変緩和(24,600円)、□激変緩和(15,000円)　　　　　　　　　　円（４）＝ ((１）－個人上限額　　　　　　　円) |
| 決定 | □ 支　給□ 不支給 | 支給金額 | 　　　円（（３）又は（４）のいずれか大きい額） |
| 理　　由 |  |
| 申請受理簿 | 負担限度額 | 一時差止 | 給付額減額 | 電算入力 | 窓口払記録 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |