

介護保険高額介護（予防）サービス費 支給申請書 提出の手引



1 介護保険高額介護（予防）サービス費とは

介護保険高額介護（予防）費とは、1か月に支払った利用者負担の合計が負担限度額を超えたとき、超えた分が払い戻される制度です。

2 「介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ」の主な項目の見方

699-0101
東京都日南市
日電一丁目3番地の2
ハイツニチデン202号

sample print
令和〇年〇月〇日

日電 太郎 様

鹿児島県熊毛郡中種子町長
田 淵 川 寿 広

中種子町長印

※このお知らせは、黒色の電子公印を使用しています。

介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法第51条もしくは第61条による高額介護（予防）給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

記

①	フリガナ 被保険者氏名	ニチデン太郎 日電 太郎	男	保険者番号	123456
	生年月日	平成19年12月12日		被保険者番号	10000000001
②	サービス提供年月	平成19年12月			
③	自己負担金額	18,000 円	支給（予定）金額	④	6,000 円

支給を希望する場合は、同封の「高額介護（予防）サービス費支給申請書」を下記宛に提出してください。
なお、既に支給した高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合は、今回以降の支給（予定）額で相殺して調整する可能性があります。

① 被保険者氏名
介護サービスを受けた方の氏名です。

② サービス提供年月
介護サービスが提供された時期です。

③ 自己負担金額
介護サービスが提供された際に、あなたが支払った利用料です。

④ 支給（予定）金額
あなたに実際に支払われる金額です。

※ 支給を希望する場合は、同封の「高額介護（予防）サービス費支給申請書」を下記宛てに提出してください。

※ なお、既に支給した高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合は、今回以降の支給（予定）額で相殺して調整する可能性があります。

3 本人による記入・提出が困難な場合

代理申請が可能です。申請される方の名前の記載をお願いします（裏面4の③申請者記入欄参照）。

また、今後、介護保険関係の通知や連絡を家族・親族の住所で受け取ることも可能ですので、介護保険係に御連絡をお願いします。送付先変更に必要な書類を送付します。

このお知らせは両面印刷です。裏面も御確認ください。

4 「介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書」の書き方

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書										
平成19年12月										
①	フリガナ 被保険者氏名	ニヤシノ知 日電 太郎			保険者番号	1 2 3 4 5 6				
					被保険者番号	1	0	0	0	0
②	個人番号									
	生年月日	昭和19年12月12日								
	住所	東京都日電市日電四丁目5番地の3								
		電話番号								
世帯主	氏名				生年月日					
					介護保険の被保険者の場合被保険者番号					
世帯構成	世帯員									
③	申請者	日電市長 様 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。			年 月 日					
		住所				電話番号				
	氏名				本人との関係（					
<p>注意 ・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、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（予防）サービス費の支給ができない場合があります。</p> <p>高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。</p>										
④	口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別	口座番号					
		金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 9.その他						
		フリガナ								
		口座名義人								
市（町村）記入欄										
⑤	区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考						
	1 単独		有・無 給付割合							
	2 合算									

① 被保険者氏名
介護サービスを受けた方の氏名です。

② 個人番号
いわゆる「マイナンバー」です。記入をお願いします。

③ 申請者記入欄
申請する方の住所・氏名・電話番号を御記入ください。本人以外の御家族等が請求する場合は、本人との関係まで記入してください。

④ 振込希望口座
高額介護サービス費の受取希望口座を記入してください。

⑤ 市町村記入欄
記入しないでください。

5 提出期限について

高額介護サービス費の請求は、介護サービス提供月を含め2年間請求することができますが、請求忘れ等防止のため、このお知らせが届いてからおおむね2か月以内に御提出をお願いします。請求をお忘れになると、支給できませんので御注意ください。

※ 今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、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（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

6 お問い合わせ先

〒891-3692 鹿児島県熊毛郡中種子町野間5186番地
中種子町地域福祉課介護保険係 電話：0997-27-1111（内線293）
Eメール：naka-kaigo@town.nakatane.kagoshima.jp

このお知らせは両面印刷です。裏面も御確認ください。