

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  
兼口座振込依頼書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                     |     |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----|---|---|---|---|---|
| 申請日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 令和〇年〇月〇日                    | 保険者番号               | 0   | 7 | 2 | 0 | 1 | 7 |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フクシマ タロウ                    | 被保険者番号              |     |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名<br>(申請者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 福島 太郎                       | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |     |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             | 個人番号                |     |   |   |   |   |   |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 明治・大正・昭和 20 年 1 月 1 日       |                     |     |   |   |   |   |   |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒 960 -8601 福島市五老内町 3 番 1 号 | 電話番号                | 024 |   |   |   |   |   |
| 福島市長<br>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。<br>(窓口に来た人)<br>住所 福島市五老内町 3 番 1 号<br>申請書提出者<br>氏名 福島 一郎 電話番号 024 ( 535 ) 1111<br>被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族・親族(続柄: 長男)<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他( ) |                             |                     |     |   |   |   |   |   |

個人番号はマイナンバーのことです。不明な場合、記入不要です。

窓口提出の場合は窓口に来た人の、郵送の場合は差出人の住所・氏名をご記入ください。

注意

- ・今回の申請で高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合は、次回以降の申請手続は不要となります。その場合には、今回申請された指定口座に支給金を振り込みます。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

○高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

|             |                    |                    |        |      |   |   |   |   |   |
|-------------|--------------------|--------------------|--------|------|---|---|---|---|---|
| 口座振込<br>依頼欄 | 〇 〇 銀行<br>金庫<br>組合 | 本店<br>支店・支所<br>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 | 〇    | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
|             | フリガナ               | フクシマ ハナコ           |        |      |   |   |   |   |   |
|             | 口座名義人              | 福島 花子              |        |      |   |   |   |   |   |

被保険者以外の口座に振り込みを希望される場合は委任状欄をご記入ください。  
ただし、支給決定通知書は被保険者に送付します。  
なお、被保険者が亡くなっている場合は、記載不要です。

|                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| 委任状(※口座名義人が被保険者)         |                             |
| 令和〇年〇月〇日に申請した、高額介護(介護予防) |                             |
| 申請者氏名                    | 福島 太郎 (印)                   |
| 受任者住所                    | 福島市五老内町 3 番 1 号 申請者との関係 妻   |
| 氏名                       | 福島 花子 電話番号 024 ( 535 ) 1111 |

※訂正する場合は、訂正箇所すべてに  
訂正印をお願いいたします。

|   |     |    |
|---|-----|----|
| 査 | 担当者 | 備考 |
|---|-----|----|

裏面もご覧ください。

## 高額介護（介護予防）サービス費の支給申請について

### <高額介護サービス費とは>

介護保険のサービスを利用し、1か月間に支払った自己負担金（食費、居住費、福祉用具購入費、住宅改修費の自己負担金を除く。）が下の表の上限額を超えたときは、申請により超えた部分が払い戻されます。

なお、高額介護（介護予防）サービス費は、自己負担金を支払った日、又は「高額介護サービス費給付のお知らせ」を受け取った日から2年を過ぎると時効となり、請求権がなくなりますので早めにお手続きください。

| 区 分                                                                 | 負担上限額                      |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 課税所得690万円（年収約1,160万円）以上                                             | 140,100円（世帯）               |
| 課税所得380万円（年収約770万円）～<br>課税所得690万円（年収約1,160万円）未満                     | 93,000円（世帯）                |
| 市町村民税課税～課税所得380万円（年収約770万円）未満                                       | 44,400円（世帯）                |
| 世帯の全員が市町村民税非課税                                                      | 24,600円（世帯）                |
| 前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の<br>合計が※80.9万円以下の方等<br>※令和8年8月利用分から、82.65万円 | 24,600円（世帯）<br>15,000円（個人） |
| 生活保護を受給している方等                                                       | 15,000円（世帯）                |

※合計所得金額…平成30年度税制改正前の合計所得の算出基準と同じになるように控除を算出。  
土地や建物の売却に係る短期・長期譲渡所得の特別控除額を差し引いた金額。

※介護サービスを利用した方が同一世帯に2人以上いる場合は、利用した方の自己負担金を  
合算して支給金額を計算します。

### 提出書類

1. 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書兼口座振込依頼書（同封）
2. 給付費振込先口座の普通預金通帳の写し（表紙裏面の見開きページ）

被保険者本人が亡くなっている場合は、上記1, 2のほかに、下記3の書類も必要です。

3. 介護給付費支給にかかる相続人代表届け出及び支給決定額の代表相続人への受領委任届出書  
（被保険者本人が亡くなっている場合には同封しています。）

注1）初回の申請で高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合には、次回以降の申請手続きは不要となり、申請された指定口座に自動的に振り込まれます。

注2）勧奨通知はサービス利用月のおおよそ6か月後に送付しており、初回の振り込みは申請があった月の翌月末です。それ以降に発生する高額介護サービス費の振り込みは、サービス利用月のおおよそ7か月後となります。

問い合わせ先：介護保険課 介護給付係 ☎024（525）6587  
〒960-8601 福島市五老内町3番1号  
申請書受付窓口：介護保険課 介護給付係 または 各支所窓口