介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

平成 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶ　゛ﾅ  被保険者氏名 | |  | | 保険者番号 | |  | | | | 0 | 3 | 4 | 6 | 1 | 1 |
|  | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日 | 男・女 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏 名 | 生 年 月 日 | | 性別 | 介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 世 帯 構 成 | 世 帯 主 |  | 年 月 日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世 帯 員 |  | 年 月 日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年 月 日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年 月 日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大槌町長 様  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。 平成 年 月 日  住 所 電 話 番 号 申 請 者  氏 名 印 | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ・今回の支給以降、高額介護（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（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  依頼欄 | 銀 行  信用金庫  信用組合  農 協 | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | 種 目 | 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  3．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

市町村記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備 考 |
| １単独  ２合算 |  | 有・無  給付割合 |  |