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 |  |