**介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書**

令和 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | 0 | 4 | 5 | 8 | 1 | 5 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 月 日 生 | 性別 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 被保険者番号個人番号 |
| 世 帯 構 成 | 世帯主 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 女川町長 須 田 善 明 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。 令和 年 月 日住所申請者 電話番号氏名  |

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

高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 依 頼 欄 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 | 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９．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 |  |