**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 |  |