

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|----|-------|--------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | 保険者番号 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭 年 月 日生 | | | 性別 | 男・女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 該当月分の支払額合計 | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | ・ ・ ・ | | | | | | | | | |
| | 世帯員 | | ・ ・ ・ | | | | | | | | | |
| | | | ・ ・ ・ | | | | | | | | | |
| | | | ・ ・ ・ | | | | | | | | | |
| <p>猿 払 村 長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 印 本人との関係（ ）</p> | | | | | | | | | | | | |

注意・給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

・この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------|---------|--|--|----|-------|--|--|---------------------------|--|--|
| 口座振替依頼書 | 銀行信用金庫信用組 | 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 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 | 領収書確認欄 | 給付制限状況 | 備考 | |
| 1 単独 | | | 有・無 | (所得分布の状況等を把握) | |
| 2 合算 | | | 給付割合 | | |