

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号		043232	
被保険者氏名		個人番号			
		被保険者番号		0 7 0 0	
生年月日		大・昭 年 月 日		性別 男・女	
住 所					
		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				0 7 0 0
					0 7 0 0
	世帯員				0 7 0 0
					0 7 0 0
<p>（あて先）柴田町長 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。 なお、世帯主および世帯構成員の課税の状況について調査すること、又、既に支給した高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がなされた場合、以降の高額介護（予防）サービス費で相殺して調整することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>					

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、支給金額は口座変更申請をしない限り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・農協 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 2.当座 9.その他						
	フリガナ										
	口座名義人										

※被保険者本人の口座を記入してください。被保険者の方以外の口座の場合、委任状が必要となります。

町記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有 ・ 無	
2 合 算		給付割合	

受付印