介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | 個人番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　名 | | 生年月日 | | 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 |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様  　上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　申請者  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ・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 |  | | |  | |  | | | 種 | 目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コー | | | ド | | 店舗コード | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  |  | | | | |  |  | | | | | | |

市（町村）記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 世帯集約番号 | 領収証確認欄 | 給付制限状況 | 備 | 考 |
| １　単独  ２　合算 |  |  | 有・無  給付割合 |  |  |