

<表面>

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

|                                                                                                                                                                                                             |          |                |                     |             |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|---------------------|-------------|--|--|--|--|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                        |          |                | 保険者番号               | 0 2 2 1 0 3 |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                                                                      |          |                | 被保険者番号              |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                             |          |                | 個人番号                |             |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                        | 明治・大正・昭和 | 年 月 日生         |                     |             |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                         | 〒 ー      |                |                     |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | 氏 名      | 生 年 月 日        | 被保険者番号<br>(資格取得者のみ) |             |  |  |  |  |  |
| 同一世帯内で<br>介護の資格を<br>持っている方                                                                                                                                                                                  |          | 明治・大正・昭和 年 月 日 |                     |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                             |          | 明治・大正・昭和 年 月 日 |                     |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                             |          | 明治・大正・昭和 年 月 日 |                     |             |  |  |  |  |  |
| <p>平川市長 様</p> <p>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。<br/>         なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 平川市 電話番号 ー<br/>氏名</p> |          |                |                     |             |  |  |  |  |  |

注意 ・今回の申請により、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<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>農 協 | 支 店<br>支 所<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |      |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ<br>口座名義人     |                   |                           |      |  |  |  |  |  |

平川市記入欄

| 区 分  | 領 収 書<br>確 認 欄 | 給付制限<br>状 況 | 備 考                                 |
|------|----------------|-------------|-------------------------------------|
| 1 単独 |                | 有・無         | 区 分 （ 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階以上 ） |
| 2 合算 | 給付実績           | 給付割合        |                                     |
|      |                |             |                                     |

