**介護保険高額介護（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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 該当月分の支払額合計 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 　大曲仙北広域市町村圏組合管理者　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。なお、すでに支給済の高額介護（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。　　　　　　　年　　月　　日住所　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　　　　　） |

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

・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給がされる場合、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。

　　高額介護（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　行金　庫農　協 | 本　店支　店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

介護保険事務所記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 |  |
| １単独２合算 |  | 有・無給付割合 |  |

※この申請書を提出する際は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付してください。

※振込口座は、被保険者本人または申請者の口座に限ります。