**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。