様式第24号（第22条関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者名 | |  | 保険者番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | | 明　・　大　・　昭　　　　　　年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | | 生年月日 | 性別 | | | 被保険者番号  （介護保険被保険者の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 世帯員 |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 川根本町長　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。  　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　住所  　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　今回の支給以降にサービス費が支給される際の申請手続は不要となります。また、サービス費は、今回指定する口座に振り込まれます。

　　　　　２　給付制限を受けている方については、サービス費が支給されない場合がありま

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  信用金庫  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 | |  | | | | | | | |

　町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備考 |
| １　単独  ２　合算 |  | 有・無  給付割合 |  |