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 | 　 |