介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | |  | | 個人番号 | |  |
| 保険者番号 | |  |
| 被保険者番号 | |  |
| 生年月日 | |  | | 性別 | |  |
| 住　　所 | |  | | | | |
|  | 氏　　　　名 | | 生年月日 | 性別 | 介護保険の被保険者の場合 | |
| 被保険者番号 | |
| 個人番号 | |
| 世  帯  構  成 |  | |  |  |  | |
|  | |
|  | |  |  |  | |
|  | |
|  | |  |  |  | |
|  | |
|  | |  |  |  | |
|  | |
| 吉備中央町長　様  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  被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名 | | | | | | |

注意　・今回支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要です。

　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店舗名 | 種　目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| 銀行  　　　　　　　　　　　　信金  　　　　　　　　　　　　農協 | 本店  　　　　　　　　支店  　　　　　　　　支所 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 金融機関コード | 店舗コード | 口座名義人 |  | | | | | | |
|  |  |