

高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(月分)

フリガナ				被保険者番号				
被保険者氏名				個人番号				
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	性別	男 ・ 女		
住所	〒			電話番号				
該当月分の支払額合計			利用者負担上限額			支給(予定)額		
	氏名		生年月日	性別	※この欄は記入しないで下さい。			
世帯構成	世帯主							
	世帯員							
中井町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(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 氏名 電話番号								

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。
 ・ 今回の申請以後は、高額介護(介護予防)サービス費が発生するたびに下記の口座へ振込みますので**2回目以降の申請は不要**です。口座の変更等ございましたらご連絡下さい。

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下さい。

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
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

注意 ・ 依頼される口座は必ず**申請者名義**の口座を指定して下さい。

※町記入欄

世帯区分	領収書の有無	未納保険料	給付制限の状況
単独 ・ 合算	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無 給付割合 %

上記の申請について、下記のとおり決定し、通知してよろしいか。

<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 理由 ()	年 月 日 支給決定額 円	課長 主任 課員
--	------------------	----------