

## 介護保険高額介護(予防)サービス費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		2	9	4	5	3	8	
			被保険者番号		0	0	0				
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
住所	〒 電話番号										
該当月分の 支払額合計											
	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号								
世帯構成	世帯主										
	世帯員										
東吉野村長 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。 なお、すでに支給済みの高額介護(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。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名											

注意 ・今回の支給以降、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。  
 ・給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(居宅支援)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は、口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	コード	コード	1 普通 2 当座							
	フリガナ 口座名義人									

### 市町村記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)