

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ				保険者番号		0		1		2		1		9		5	
被保険者氏名				被保険者番号													
生年月日		年 月 日		被保険者番号													
性別				個人番号													
住所		〒 -		電話番号		-											
		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									
世帯構成	世帯主																
	世帯員																
<p>紋別市長様</p> <p>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>また、この申請以後、保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 氏名 _____ ⑩ 電話番号 (_____ - _____)</p> <p>本人との関係 (_____)</p>																	

注意 今回の支給以降、高額介護（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みます。

※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。

※うち、銀行を希望される場合は必ず通帳の表紙をめくった1枚目（店名、店番、預金種目、口座番号が記載されている部分）の写しを添付してください。

※被保険者本人以外の口座（親族に限る）を指定する場合は、別途委任状が必要となります。

高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	金融機関名		支店名		種 目	口 座 番 号	
	金融機関コード		支店コード			1 普通	
					2 当座		
					3 その他		
フリガナ 口座名義人							

市（町村）記入欄（この欄には記入しないで下さい）

世帯区分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	所得分布の状況等
合算	2134		有・無	世帯：【課税・非課税（80万以下）非課税（80万超）・未確定・未申告】 本人：【課税・非課税（80万以下）非課税（80万超）・未確定・未申告】 老齢福祉年金受給有無：【あり・なし】 境界層該当：【あり・なし】 激変緩和措置【1⇒4・2⇒4】 利用者負担段階【第1段階・第2段階・第3段階・第4段階】 負担上限額【37,200円・24,600円・15,000円】
			給付割合	