様式第３１号（第２０条関係）

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 |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 金ケ崎町長　　　様  　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。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　申請者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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まれます。

　　　・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。

　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ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | |

　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 |  |