

介護保険 高額介護(予防)サービス費 ・ 高額総合事業サービス費支給申請書

フリガナ	オオサキ タロウ		保険者番号	3	4	4	3	1	7		
被保険者氏名	大崎 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2		
			個人番号	3	4	5	6				
生年月日	明・大・昭5年 1月 1日		性別	男・女							
住所	〒 725 - 〇〇〇〇 大崎上島町〇〇 1111番地1		電話番号	64-0000							
連絡先	※ この申請についての問い合わせができる方を記入してください。										
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 真市広町〇〇1丁目1-1		フリガナ	オオサキ ハナコ		続柄	子		電話番号	0823-00-0000
	氏名	大崎 花子									
<p>大崎上島町長 様</p> <p>上記のとおり、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。 なお、この申請に際し、必要がある場合には、私及び私の属する世帯員の所得、課税状況等及び生活保護の 受給状況を調査・確認されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 大崎上島町〇〇 1111番地1</p> <p>申請者 氏名 大崎 太郎 電話番号 64-0000</p>											

必要に応じて記入してください。

被保険者の氏名を記入してください。

備考の、口座登録 有の場合は記入不要。無の場合は、申請者の口座を記入してください。

(注 意) ・今回の申請以降、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費が支給される場合、新たな申請手続きは不要となります。

- ・給付制限を受けている方については、支給ができない場合があります。
- ・すでに支給した月の高額介護(予防)サービス費、高額総合事業サービス費以降の支給時に調整する場合があります。また、返還を求める場合があります。

高額介護(予防)サービス費・高額総合サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号
	信用金庫	支店		
	組 合	出張所	1 普通預金	
	金融機関コード	支店コード	2 当座預金	
			3 その他	

被保険者が死亡の場合
・申請者、口座は相続人で記入してください。

口座登録の有無を確認してください。
原則、この口座へ振込まれます。

町記入欄

1	領収書	金額	備考	受付印
2	合算	無	<p>※ 口座登録 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <p>もみじ銀行/大崎支店 (普〇〇〇〇〇〇〇が登録されていますので、ご記入ください。なお、解約されている場合はご連絡ください。)</p>	

口座登録 無の場合
・別途、口座振替依頼書の記入が必要です。
・通帳のコピーが必要です。
(表紙を開いた、かな氏名、支店名のある面)

◇ 第 5 段 階	44,400円
◇ 第 6 段 階	93,000円
◇ 第 7 段 階	140,100円