

# 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			保険者番号			3	4	4	3	1	7
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0				
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日			性別	男・女						
住所	〒 725 - 大崎上島町		電話番号								
連絡先	住所	※ 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。 〒 -									
	フリガナ			続柄			電話番号				
	氏名										
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>											

- (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の額が変更になった場合、以降の支給時に調整する場合があります。また、返還を求める場合もあります。

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 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号		
	金融機関コード	支店コード	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	領収書 確認欄	給付制限状況	段階・負担上限額	備 考 ※ 口座登録 有 無	受付印
1 単独 2 合算	/	有 給付割合 無	◇ 第 1 段 階 15,000円 ◇ 第 2 段 階 15,000円 ◇ 第 3 段 階 24,600円 ◇ 第 4 段 階 44,400円 ◇ 第 5 段 階 44,400円 ◇ 第 6 段 階 93,000円 ◇ 第 7 段 階 140,100円	(普) 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。	