**介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書**

（　　　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ３ | ４ | ２ | １ | ５ | ４ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　・ 　　女 |
| 住 所 | 　　電話番号　　　　　（　　　　） |
| 該当月分の支払額合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
|  | 氏　　　　名 | 生　年　月　日 | 性　別 | 介護保険被保険者の場合被保険者番号 |
| 世帯構成　　 | 世帯主 |  | 明　・大 ・昭　　年 　　月　　 日 | 男 ・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  | 明　・大 ・昭　　年 　　月　　 日 | 男 ・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明　・大 ・昭　　年 　　月　 　日 | 男 ・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明　・大 ・昭　　年 　　月　　 日 | 男 ・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　江　田　島　市　長　　　様　上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 |
| 　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　住 所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

注意　・給付制限を受けている方は、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。

　　　　・この申請書の裏面に領収証を添付してください。

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　　　　 　　　農協・漁協 | 　　　　　　 本店　 支店　　　　　　 出張所　 | 種　目 | 口座番号 |
| １　普通預金２　当座預金　３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 | 　　　 |
| 　　　 |

市（町村）記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番　　　号 | 領収証確認欄 | 給付制限状　　　況 | 備　　　　　　　　　　　　考 |
| 市町村民税世帯課税の有無　　　　有　　 ・　　無老齢福祉年金受給の有無　　 　　有　　 ・　 無 |
| １　単独　　２　合算 |  |  | 有　・　無給付割合　　　／１００ |