様式第34号(第21条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険高額介護(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 |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 | 性別 | 男・女 |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　湧別町長　様　上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。　なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額調整を行うことに同意します。　　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　注意・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。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(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(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 | 　 |
| 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 | 　 |
| 　 |
| 　湧別町記入欄 |
| 　 | 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限 | 備考 | 　 |
| 1 単独2 合算 | 　 | 有・無給付割合 | 　 |
| 　 |