

別記様式第30号

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号					
被保険者氏名		被保険者番号					
生年月日	年 月 日	個人番号					
住所	〒 電話番号						
本人支払額							
備考							

由仁町長 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の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 個人番号  
 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

	氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合				
			被保険者番号		個人番号		
世帯構成	世帯主	年 月 日					
	世帯員	年 月 日					
		年 月 日					

- 注意
- 公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
  - 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。
  - ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
  - 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）サービス費を次の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種 目		口座番号		
	金融機関コード	店舗番号	1 普通				
			2 当座預金				
			3 その他 ( )				
	ゆうちょ銀行	記号		番号			
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		有・無	
2 合算		給付割合 割	

