様式第32号

|  |
| --- |
| 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 0 | 7 | 5 | 2 | 2 | 6 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 生年月日 | 年　月　日生 | 性別 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 　 | 　年　月　日生 | 男・女 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　年　月　日生 | 男・女 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　年　月　日生 | 男・女 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　年　月　日生 | 男・女 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小野町長　　　　様上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　住所申請者　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 | 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 注意・今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。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(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(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 | 支店出張所 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| □　普通預金 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| □　当座預金 |
| □　その他(　　　　) |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 店舗コード | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 町記入欄 |
| 　 | 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備考 | 　 |
| 1　単独2　合算 | 　 | 有・無給付割合 | 　 |
| 　 |