様式第３号（第１６条関係）

高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給申請書

年　　月　　日

　小野町長

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　印

高額医療合算介護予防サービス費に相当する第１号支給事業費の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、判定にあたり、私の所属する世帯員の町民税の課税内容及び世帯情報について、町民税課税台帳及び住民基本台帳により町長が確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | 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。

　高額医療合算介護予防サービス費に相当する第１号事業支給費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　 |

　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 | 　 |