様式第22号

# 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<br>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 | | |
| 住所 | 電話番号 | | |

| | | 氏名 | 生年月日 | 介護保険の被保険者の場合<br>被保険者番号 |
|---|---|---|---|---|
| 世帯構成 | 世帯主 | | | |
| | 世帯員 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

三川町長　　殿

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　　本人との関係（　　）

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（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下さい。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 口座振込依頼欄 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店・支所<br>出張所 | 種別 | 口座番号 |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通貯金<br>2 当座預金<br>3 その他 | |
| | | | | |
| | 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<br>2　合算 | | 有・無<br>給付割合 | |