別記様式第27号（第19条第1項関係）

介護保険　高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（　　　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | ０ | １ | ４ | ６ | ４ | ７ |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 電話番号 |
| 該当月分の支払額合計額 | 円 |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 和寒町長　　　　　　　　　　様上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。年　　月　　日住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　（被保険者との関係　　　　　　） |
| 注意・給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。・この申請書の裏面に領収証を添付して下さい。高額介護（居宅支援）サービス費の支給は、下記のとおり申し出ます。 |
|  | 口座振替依頼欄 |  | 銀　　行信用金庫 | 本店支店 | 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 |  |
|  |

※和寒町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番号 | 領収書確認欄 | 給付制限状況 | 備　　　　　　　考 |
| 1単独2合算 |  |  | 有・無給付割合 | （所得分布の状況等を把握） |