

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
介護保険高額介護予防サービス費等相当事業支給申請書

フリガナ			保険者番号	白老町 0 1 5 7 8 4														
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女		介護度	介・支											
被保険者住所	〒 -		電話番号															
			氏名	生年月日			介護保険の被保険者の場合被保険者番号											
世帯構成	世帯員						0	0	0	0								
							0	0	0	0								
							0	0	0	0								
							0	0	0	0								
<p>白老町長 様</p> <p>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業（以下「高額介護サービス費等」という）の支給を申請します。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について調査することに同意します。</p> <p>また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護サービス費等で相殺することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟</p>																		

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。 捺印
 ・ 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、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費等を次の口座に振込んでください。 ※被保険者本人の口座に限ります。

□ 口座振替依頼欄	銀行			本店			預金種別		□ 座 番 号									
	信用金庫			支店			1 普通 2 当座 3 その他											
	信用組合			出張所														
	金融機関コード						店舗コード											
		フリガナ																
		□ 座 名 義 人																

※ 白老町記載欄

確認日	区分	給付制限状況	世帯課税/非課税	老齢福祉年金	受付印
・ ・	<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>
・ ・	<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	
・ ・	<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	
・ ・	<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算	有 ・ 無	課 ・ 非	有 ・ 無	