別記様式第32号の1(第21条関係)

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 | |  | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | 性別　　　　男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 後志広域連合長　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。  　なお、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等について住民税の課税資料を閲覧することに同意します。  　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　〒　　　　－  　　　　　　住　所  　申請者  　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

　　　・被保険者が給付制限を受けているときは、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。

* この申請書の裏側に領収証、証明書類を添付してください。

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  信用組合・農協  労働金庫 | | | | | 本店・支店  本所・支所  出張所 | | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
| 1.普通  2.当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

後志広域連合記入欄

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