様式第２６号（第２１条関係）

小山町介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

（　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 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 | 　　年　　月　　日 | 　　性別 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 　小山町長　様　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。　　　　　　年　　月　　日　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　申請者　　　　　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、訴求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ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行　　信用金庫信用組合農協　　 | 本店　支店　出張所支所　 | 種目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 1　普通預金2　当座預金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2　合算 | 　 | 有・無給付割合 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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 |
| 個人番号 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |