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 |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |