

様式第26号(第21条関係)

小山町介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	2	2	3	4	4	6
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
	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							
小山町長 様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(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 印								

- (注) 1 給付制限を受けている方については、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。
- 2 この申請書の裏面に領収証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	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					
	フリガナ							
口座名義人								

町記入欄

区 分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	