

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（様式第 22 号）

ツガナ		-----		保険者番号	玖珠町	4	4	4	6	2	0
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	〒			電話番号							
該当月分の支払額合計											
		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										
玖珠町長 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。 なお、資格認定のために保険者が、課税情報を閲覧する事に同意します。  年 月 日  申請者 住所 電話番号  氏名 印 本人との関係（ ）											

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。  
 : 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。  
 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下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 本所	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	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	ツガナ	-----									
	口座名義人	-----									

町記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備考
1 単独			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)
2 合算				
本人支払額（該当分）			上限額	支給決定額