

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）

フリガナ											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								
生年月日	年	月	日生	個人番号															
住 所	〒										電話番号								
該当月分の 支払額合計																			
	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号										備考						
世帯 構成	世帯主																		
	世帯員																		
<p>(申請先) 玖珠町長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 電話番号</p> <p>氏 名 本人との関係（ ）</p>																			

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ください。

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						
	フリガナ								
	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 2合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)				
本人支払額（該当分）			上限額	支給決定額				