

第19号様式

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

平成 年 月

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		明・大・昭 年 月 日生				性別		男 ・ 女							
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														
<p>浜中町長 様</p> <p>上記のとおり高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者 氏 名 印</p>															

- 注意 1 この申請に対する支給の決定があった場合には、次回以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給についての申請手続きが不要になります。また、支給金額が、今回申請した指定口座に振り込まれます。
- 2 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（居宅支援）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				本 店 支 店 出張所				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															

浜中町記入欄

区 分	世帯集約 番 号	給付制限状況	申請区分	領収証 確認欄	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	新規・継続		(所得分布の状況等を記入)