

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 帶 構 成	世帯主			
	世帯員			
浜中町長 様 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。 年 月 日 住 所 電話番号 申請者 印 氏 名				

- 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 賴 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)