

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

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															
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		氏 名		印												

- 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 頼 欄	銀 行		本 店		種 目	口座番号		
	信用金庫		支 店					
	信用組合		出張所					
	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)