

第19号様式

介護保険高額介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ		-----		保険者番号									
被保険者氏名				被保険者番号									
生年月日		年 月 日		個人番号									
住 所		〒		電話番号									
		氏 名	生年月日	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		年 月 日										
	世帯員		年 月 日										
			年 月 日										
浜中町長 様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について住民税の課税資料を閲覧することに同意します。  年 月 日  住 所 申請者 氏 名 電話番号													

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、申請手続は不要となります。また、給付金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ません。

給付金を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。</small> <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
口座振込 依頼欄	銀行 （信用金庫）	本店 支店 （ ）	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 （ ）									
	ゆうちょ銀行	記号		番号								
	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	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	