

別記様式第35号（第22条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保 險 者 番 号							
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号							
		個 人 番 号							
生 年 月 日		年	月	日	性別	男 ・ 女			
住 所		〒							
		電話番号							
該当月分の 支払額合計									
		氏 名	生年月日	性別	被保険者番号（上段） 個人番号（下段）				
世帯 構成	世帯主								
	世帯員								
（申請先）標茶町長 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。合わせて、高額介護（介護予防）サービス費の支給申請について、今後、支給対象となる高額介護（介護予防）サービス費は、本書をもって支給申請とします。 年 月 日 〒					審査資料として私および私の世帯員の町民税課税状況を公簿等により確認することを承諾します。				
申請者	住所	電話番号		氏名					
	氏名		印						

注意 ・ 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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	種類	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	給付制限状況	備考 (所得分布の状況等を把握)
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	