

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ			保険者番号				3	4	2	0	2	2
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		性別	男・女								
住所	〒 - 電話番号											
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	氏名	生年月日	性別								
	世帯員											
<p>呉市長様</p> <p>上記のとおり、高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>なお、高額介護（予防）サービス費の支給決定に際し、私及び私の属する世帯員の市民税の課税・非課税の状況等を課税台帳により、また、高齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号</p>												

注 意 ・ 今回の申請以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。

また、支給金額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（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（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
依 頼 欄	フリガナ			
	口座名義人			

※ゆうちょ銀行を選択される場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

市記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認印	給 付 制 限 状 況			
1 単 独 2 合 算			有 ・ 無 <small>制限割合</small>			
負 担 限 度 額		係 長	課長補佐	課 長	支所受付印	受付印
<input type="checkbox"/> 現役並み所得世帯	44,400					
<input type="checkbox"/> 課税世帯	44,400					
<input type="checkbox"/> 非課税世帯（80万円超）	24,600	書類審査	係 員	主 査		
<input type="checkbox"/> 非課税世帯（80万円以下）	15,000					
<input type="checkbox"/> 高齢福祉年金等 境界層	15,000					