

介護保険高額介護（予防）サービス費・相当事業費支給申請書

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												
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												
	世帯員												
呉市長様 上記のとおり、介護保険高額介護（予防）サービス費・相当事業費の支給を申請します。 なお、介護保険高額介護（予防）サービス費・相当事業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。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者氏名) 氏 名 連絡先 電話番号													

介護保険高額介護（予防）サービス費・相当事業費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	☐ 公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座への振込を希望される場合（マイナポータルで公金受取口座を登録された呉市内の方に限ります。）は、以下の「口座振込依頼欄」への記載は不要です。記載がある場合には以下の口座情報を優先します。											
	☐ 振込口座を指定する（以下の「口座振込依頼欄」を記入）。											
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							
依頼欄	フリガナ				2 当座預金							
	口座名義人				3 その他							

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

市記入欄

受付者印	区 分	給 付 制 限 状 況	
	1 単 独 2 合 算	有 ・ 無	制限割合
利 用 者 上 限 額			受付印
☐ 市民税課税世帯 (右記以外の市民税課税世帯)	44,400	☐ 現役並み所得世帯 (年収約1,160万円超)	140,100
☐ 市民税非課税世帯(80.9万円超)	24,600	☐ 現役並み所得世帯 (年収約770万円以上1,160万円未満)	93,000
☐ 市民税非課税世帯(80.9万円以下)	15,000	☐ 現役並み所得世帯 (年収約383万円以上770万円未満)	44,400
☐ 高齢福祉年金等	15,000		
☐ 境界層	15,000		