様式第14号(第25条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

(指定口座初回登録用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 保険者番号 | 四国中央市 | 3 | 8 | 2 | 1 | 3 | 5 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　年　月　日生 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 介護保険被保険者の場合は被保険者番号を記入 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　四国中央市長　　　　様　　上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　 |

注

　1　今回の申請で受給された場合で今後給付対象になった場合は、原則として申請手続きは不要です。

　2　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受取口座 | □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）□振込口座を指定する |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関 | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 |
| 銀行信用金庫組合 | 本店支店出張所 | 1　普通預金2　当座預金 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 口座番号 | 　 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 0 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番号 | 領収証確認欄 | 給付制限状況 | 備考 |
| 1　単独2　合算 | 　 | 　 | 有・無給付割合 | 　 |