

様式第 15 号(第 29 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		被保険者氏名		保険者番号															
個人番号		生年月日		被保険者番号															
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																		
	世帯員																		
<p>時津町長 様</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給申請をします。          なお、この申請に関して、世帯員の所得状況を地方税法に基づく課税台帳により確認することに同意します。          併せて、返納等が生じた場合、次回の支給分で調整することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>(被保険者) 氏名</p>																			

〈注意〉

- ・高額介護(介護予防)サービス費は、平成17年10月以降のサービス利用分に関しては、一度申請していただければ、負担限度額を超えた額を該当月ごとに指定の口座に振り込みます。なお、領収書の添付は不要です。
- ・平成17年9月以前のサービス利用分に関しては、従前のおり該当月ごとに申請が必要です。なお、領収書の添付も必要です。
- ・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ください。

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							
	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
1 単独		有 ・ 無	(所得分布の状況等を把握)
2 合算		給付割合	