**介護保険高額介護（予防）サービス費・**

広域受付

市町受付

**高額介護予防サービス費相当費支給申請書兼請求書**

（　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ被保険者氏名 |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |
|  | 　　　年　　月　　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性　　　　別 |  | 電話番号 |  |
|  | 〒 |
|  | 　　円 | 請求金額 | 円 |
| 雲南広域連合長　様上記のとおり高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護サービス費相当支給費の支給申請及び請求します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　住　所　申請者及び　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　請　求　者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注意・今回の支給以降、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給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、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　　　　　 | 　　　　本店(所)　　　　支店(所)　　　　出 張 所 | 種　目 |
| 1.普　通2.当　座3.その他 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ口座名義人 |  |
|  |

広域連合記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （所得分布の状況等を把握） |
|