**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） |
|