様式第9の2号(第6条の2関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年　　月

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |
| 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 | 〒  電話番号 | | |
| 四万十市長　　　　様  　上記のとおり高額介護(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　　　　　　　　　　　印　　電話番号 | | | |

注意・今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス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(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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備考 |
| 1　単独  2　合算 |  | 有・無  給付割合 |  |