

第14号様式(第15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

※太枠内を記入してください。

年 月 日

フリガナ						保 険 者 番 号											
被保険者氏名						被 保 険 者 番 号											
						個 人 番 号											
生年月日		年 月 日															
住所		〒															
		電話番号 ()															
		氏 名		生年月日		性別		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																
箱根町長 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 電話番号 () 氏名																	

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。

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 支所			種 目		口 座 番 号							
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金									
依 頼 欄								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	
2 合 算		給付割合	