

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 令和 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		性 別		男 ・ 女													
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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ( ) 印																			

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 依頼欄	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 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	