様式第 35 号（第 21 条関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

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		個人番号	
住　　所	電話番号		
本 人 支 払 額			
備　考			

松野町長　様

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

年　　月　　日

〒

申請者　住所　　電話番号

個人番号　．．．．．．．．．．．．

氏名　　※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

		氏　　名	生 年 月 日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 個人番号
世帯構成	世 帯 主			
	世 帯 員			

注意　・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
・給付制限を受けている方については、高額介護（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（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 □振込口座を指定する				
口座振込依頼欄	銀　行 信用金庫 農　協 （　　）	本　店 支　店 （　　）	種　　目	口 座 番 号	
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 （　　）		
	ゆうちょ銀行	記号		番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

市（町村）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　　割	