

様式第 22 号(第 26 条関係)

介護保険高額介護(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															
				個人番号															
生年月日		年 月 日生																	
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																		
杉戸町長 あて 上記のとおり、高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名																			

注意・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(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)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																			
口座振替 依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	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																			

杉戸町記入欄

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	(所得分布の状況等を把握)