様式第37号の2（第31条関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費（年間上限）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

（　　　年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 計算期間 | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 野洲市長　様  　①上記のとおり高額介護（予防）サービス費（年間上限）の支給を申請します。  　②上記のとおり自己負担額証明書の交付を申請します。  ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。  　　・高額介護（予防）サービス費（年間上限）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　申請者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　・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（年間上限）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（年間上限）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  農業協同組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種別 | 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  ９．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | |

※市処理欄

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