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 | 　 |