

申請書記入方法

様式第38号（第20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	1 3 2 1 4 2					
被保険者氏名			サービスを利用したご本人様の 名前・住所・電話番号を 記入してください。 電話番号						
生年月日									
住所									
本人支払額									
備考									
記入した年月日	前月より高額介護（予防）サービス費の 年 月 日 申請者 住所 氏名		サービスを利用したご本人様の名前・住所・電話番号を記入してください。 ※成年後見人の方が申請される場合は、登記事項 証明書・身分証明書（写しでも可）を添付して ください。						
			押印してください。						
世帯構成	世帯主	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					
	世帯員			同一世帯内に、介護保険のサービスを利用している 被保険者様がいる場合は、記入してください。					

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と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、申請手続きは不要となります。
- ・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がある場合は、申請の際にこれを証明することができると書類を添付してください。
- ・給付制限を受ける場合があります。

サービスを利用したご本人様名義の口座になります。

※口座名義人に成年後見人の方が併記されている場合も登記事項証明等の添付が必要です。

受取口座	銀 行 信用 金 庫 農 協 ()		本 店 支 店 ()	種 目	口 座 番 号
口座振込 依頼欄	金融機関コード		店舗コード		1 普通 2 当座預金 3 その他
	ゆうちょ銀行		記号		
	フリガナ				
	口座名義人				

預金種目・口座名義人も記入してください。