第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ**

**固定文言１**

　次のとおり、介護保険法第５１条、第６１条等による高額介護（予防）給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | フリガナ | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | |  | |
| サービス提供年月 |  | | | | |
| 自己負担金額 |  | | 支給（予定）金額 | |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | | |

**自由記載１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己負担上限額 | |  | |
| 世帯員 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 利用者負担金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**固定文言４**

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。

支給を希望する場合は、「高額介護（予防）サービス費支給申請書」を以下宛てに提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |