

## 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号				4		2		2		0		4		8		
被保険者氏名				被保険者番号																
				個人番号																
		生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性別		男・女												
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 本人を含む	世帯主																			
	世帯構成																			
<p style="text-align: center;">諫 早 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																				

注意 ・今回の支給以降、高額介護(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(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(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

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 当座預金														
					2 普通預金														
					3 その他														
		フリガナ																	
		口座名義人																	

※ゆうちょ銀行の口座をご指定の場合、通帳の備考欄に印字してある【振込み用】の店名・口座番号をご記入ください。

市記入欄

区 分	世帯集約 番 号	給付制限 状 況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			