

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		性別	保険者番号		4	4	2	0	9	5
被保険者氏名		男・女	被保険者番号							
生年月日	年 月 日		個人番号							
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	世帯主									
	世帯員									
豊後高田市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。  年 月 日 住所 〒 -  氏 名 (被保険者との関係 )  電話番号										

※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ください。

口座振替依頼欄	金融機関名	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 普通預金						
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
口座名義人										

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