

# 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 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	男 ・ 女										
住所	〒 電話番号 ( )														
該当月分の 支払額合計				自己負担額											
氏名	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															
中間市長 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ( )															

- 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人については、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 振込 依頼 欄	銀行 信用金庫 協同組合	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 普通預金 2 当座預金 3 その他											
	ゆうちょ銀行		—	/										
	フリガナ													
	口座名義人													

市記入欄

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	