

# 高額介護（介護予防）サービス費支給申請

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

|                                 |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |      |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|---|------|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>情<br>報 | 被保険者番号 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   | 個人番号 |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | フリガナ   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 |      |  | 月 |  |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 被保険者氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 |      |  | 月 |  |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 住所     | 郵便番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |      |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |      |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号                            |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |   |      |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                      |          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者<br>の<br>情<br>報 | 提出代行者の氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 事業所の名称   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所の種別   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 事業所の住所   | 郵便番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の電話番号                             |          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 費<br>世<br>帯<br>内<br>で<br>申<br>請<br>し<br>て<br>居<br>る<br>介<br>護<br>方<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|---------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|
| 振<br>込<br>口<br>座<br>の<br>情<br>報 | 金融機関名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 種別（銀行・信用金庫・信用組合） |  |  |  |
|                                 | 金融機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 種別（本店・支店・出張所）    |  |  |  |
|                                 | 金融機関支店名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|                                 | 店舗コード   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|                                 | 口座種別    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|                                 | 口座番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|                                 | フリガナ    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |
|                                 | 口座名義人   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |