

# 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 保 険 者 の 情 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 出 代 行 者 の 情 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 世 帯 内 で 申 請 し て 居 る 介 護 方 サ ー ビ ス の 種 別	被保険者番号																		
	被保険者氏名																		

振 込 口 座 の 情 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																											