

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

平成 年 月

フリガナ				保険者番号				0	4	5	8	1	5	
被保険者氏名				被保険者番号										
生年月日	昭和	年	月	日	性別									
住所												電話番号		
世帯構成	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										
												個人番号		
世帯構成	世帯主													
	世帯員													
様 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印														

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（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（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（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	銀行 信用金庫 信用組合	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 9. その他
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）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			

()