

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年 月 日 月利用分

		個人番号																		
フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																			
	被保険者番号																			
生年月日	性別																			
住 所	電話番号																			
該当月分の 支払額合計	円																			
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																			
<p>三 豊 市 長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 印</p>																				

注意 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	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				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												
フリガナ																				
口座名義人																				

口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人 に委任し上記口座に振込まれますようお願いいたします。

年 月 日

被保険者(申請権者)

印

市記入欄

区 分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備 考
1単独 2合算			有・無 給付割合	