

## 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		個人番号	
住所	電話番号		
備考			
三豊市長様 前のお通り高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名			

	氏名	生年月日	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					

注意 ・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。  
 ・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、申請手続は不要となります。  
 ・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。

### 口座振込委任欄

上記の支給の受領方を口座名義人 令和 年 月 日 に委任し下記口座に振り込まれますようお願いいたします。  
 被保険者（申請権者） 印

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座					
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 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 2 合算		有・無 給付割合 割	