

# 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		
個人番号		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別		男・女
住 所	電話番号			
杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様  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。なお、今後高額介護(介護予防)サービス費支給のため、私及び私の属する世帯の世帯員の課税状況について調査することに同意します。  年 月 日  住所 電話番号  申請者 ※本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。  氏名 <span style="display: inline-block; border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>				
代筆者 (署名)	住所	電話番号	( )	
氏名	被保険者との続柄 ( )			

注意

- ・今回の支給以降、高額介護(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。
- ・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。
- ・支給後に課税状況の変動や世帯員の増減により支給額に変更が生じた場合は、返還を求めたりその後の支給額で充当をすることがあります。

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 金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所 支所	種 目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通					
					2 当座					
					3 その他					
	フリガナ									
口座名義人										

※ゆうちょ銀行口座の場合は、通帳見開き面の下部にある口座情報をご記入下さい。  
 【例】 ゆうちょ銀行 七七八支店 普通 1234567

市(町村)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			有・無 給付割合	
2 合算				