

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者			保険者番号		0	7	4	6	5	8
			被保険者番号							
生年月日			性別		個人番号					
住所	〒				電話番号					
世帯構成員	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						
<p>中島村長 加藤 幸一様</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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号 印</p>										

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。
 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、介護保険(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下さい。

口座振替 依頼書	銀行	本店	種目	口座番号						
	信用金庫	支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	信用組合	出張所								
	農業協同組合	支所								
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ									
	口座名義人									

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	(所得分布の状況等を把握)
2 合算		給付割合 ()	