

# 介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

令和 年 月 分

被保険者氏名		被保険者番号		0	0	0	0													
		個人番号																		
生年月日		年 月 日		性別																
住 所		電話番号																		
		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												
世帯構成	世帯主		・ ・				0 0 0 0													
	世帯員		・ ・				0 0 0 0													
			・ ・				0 0 0 0													
			・ ・				0 0 0 0													
			・ ・				0 0 0 0													
<p>境港市長 様</p> <p>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。</p> <p>なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 ④ 本人との関係 ( )</p>																				

- 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。

口座振込依頼欄	銀行		本店		種 別	口 座 番 号													
	信用金庫		支店																
	農 協		出張所		1.普通預金 2.当座預金 9.その他														
	金融機関コード		店舗コード																
	フリガナ																		
口座名義人																			

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			