

# 介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

平成 年 月分

被保険者氏名		被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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														

境港市長 様

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。

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。

平成 年 月 日

住所 電話番号

申請者 氏名 ④ 本人との関係 ( )

- 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 信用金庫 農 協		本店 支店 出張所		種 別		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 9.その他															
	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			