

記入例

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
		個人番号															
生年月日		年 月 日		性別													
住 所		電話番号												電話番号を記入			
		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									
世帯構成	世帯主	. .				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	世帯員	同一世帯に要介護認定者がいる場合のみ		. .				0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
		記入してください。		. .				0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
		. .				0 0 0 0 0 0 0 0 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 **申請日を記入**

申請者 住所 **実際に申請をされる方について** 電話番号
氏名 **記入してください。** 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	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												
	振込口座(被保険者ご本人様名義の口座)を記入してください。														
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			