

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				保険者番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
生年月日		年 月 日生		性別		男・女	
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						
	世帯員						
砥部町長 様  上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。  年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 (印) 本人との関係( )							

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、申請の手続は不要となります。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(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)サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所		種 目		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 3 その他			
	フリガナ							
	口座名義人							

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1単独 2合算		有・無 給付割合	