

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  
年 月

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		個人番号	
住所	電話番号		
本人支払額	円		
備考			
	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 個人番号
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、申請手続は不要となります。  
 ・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)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 通帳等の写しの提出も不要となります。 振込口座を指定する			
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 ( )	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座預金 3. その他 ( )	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

町記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	