

介護保険高額介護(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															
生年月日	年	月	日	性別	男・女	個人番号															
住所																			電話番号		
該当月分の支払額合計																					
世帯構成	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										
	世帯主					年 月 日				男・女											
	世帯員					年 月 日				男・女											
						年 月 日				男・女											
						年 月 日				男・女											
<p>(あて先) 日 高 市 長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>																					

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・農協 信用金庫	本店・支所 本店 出張所	種目	口座番号																
	金融機関コード		店舗コード		1 普通															
					2 当座															
					3 その他															
	フリガナ																			
口座名義人																				

市（町村）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									
			有・無 給付割合										