

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ				保険者番号				3		4		5		4		5		4			
被保険者氏名				被保険者番号																	
生年月日		年 月 日 生		性別				個人番号													
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													
								個人番号													
世帯構成	世帯主																				
	世帯員																				

神石高原町長 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。

年 月 日

住所 電話番号

申請者

氏名

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。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種 目		口座番号					
	金融機関コード			店舗コード			1. 普通預金 2. 当座預金 9. 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	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	