

<表面>

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	0 2 2 1 0 3					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生					
住所	〒 ー								
	氏名	生年月日			被保険者番号 (資格取得者のみ)				
同一世帯内で 介護の資格を 持っている方			明治・大正・昭和	年	月	日			
			明治・大正・昭和	年	月	日			
			明治・大正・昭和	年	月	日			

平川市長 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。

年 月 日

申請者 住所 平川市 電話番号 ー  
氏名

注意 ・今回の申請により、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 信用金庫 農協	支店 支所 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 3 その他						
	フリガナ 口座名義人								

平川市記入欄

区分	領収書 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単独		有・無	区分（第1段階・第2段階・第3段階・第4段階以上）
2 合算	給付実績	給付割合	

