

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 被保険者氏名		保険者番号																
		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																	
<p>(あて先)久御山町長</p> <p>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、すでに支給済み的高額介護(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。</p> <p>年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号() 本人との関係()</p>																		

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 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												
					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	