

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				個人番号																
				保険者番号																
				被保険者番号																
生年月日				性別																
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																			
洲本市長様 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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 続柄 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 金庫 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														
		フリガナ																	
		口座名義人																	

市（町村）記入欄

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

《番号記入》 あり・なし 《身元確認》 個・免・バ・住・身・保・介・負・年・他（ ） （ ）