

# 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（      年      月分）

		個人番号			
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	322065	
			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭      年      月      日				
住      所	〒		電話番号		
世帯主	氏      名	生      年      月      日	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				

安来市長 様

上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。

令和      年      月      日

住所

申請者      氏名      電話番号

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（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（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（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行・農協 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	1. 普通預金 2. 当座預金 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	領収証 確認欄	給付制限 状 況	所得区分	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	現役並み（1・2・3） 一般 世帯非課税 高齢受給者 生保受給者	（所得分布の状況等を把握）