

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					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				
世帯構成	世帯主												
	世帯員												
<p>海陽町長 様</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。</p> <p>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</p> <p>住所</p> <p>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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 出張所 支所		種 別	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		有 ・ 無 給付割合	
2 合算			