

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2	8	2	1	2	9
		被保険者番号							
生年月日		明・大・昭 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 style="margin: 0;">赤穂市長様</p> <p style="margin: 0;">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。</p> <p style="margin: 0;">平成 年 月 日</p> <p style="margin: 0;">住所</p> <p style="margin: 0;">申請者 電話番号</p> <p style="margin: 0;">氏名 印</p>									

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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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									

赤穂市記入欄

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			