

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												
	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女									
住 所	〒 電話番号 ( )												
該当月分の 支払額合計	本人との関係 ( )												
	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												
せたな町長 様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 ( ) 氏 名 印													

(注)

- 1 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。
- 2 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（居宅支援）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 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所 営業所	種目	口 座 番 号									
			普通 当座 その他										
	金融機関コード	店舗コード	記 号	番 号									
	フリガナ												
	口座名義人												

せたな町記入欄

区 分	世帯集約 番 号	領 収 書 確 認 欄	給付制限 状 況	備 考	
				(所得分布の状況等を把握)	
1 単独			有・無		
2 合算			給付割合		