

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

令和 年 月

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																		
			被保険者番号																		
生年月日	年 月 日		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		年 月 日	男・女																	
	世帯員		年 月 日	男・女																	
			年 月 日	男・女																	
			年 月 日	男・女																	

(あて先) 出水市長
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。

令和 年 月 日
住所
申請者
氏名 印 電話番号 ()

- 注意 1 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。
- 2 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。

受取 口座 記入 欄	金融機関名		支 店 支 所 出張所	種 目	口座番号						
				1 普通預金							
	金融機関コード		店舗コード	2 当座預金							
				3 その他							
	フリガナ										
口座名義人											

市記入欄

区分	世 帯 番 号	給付制限 状 況	備 考
1 単独		有・無	(所得分布の状況等を把握)
2 合算		給付割合	