

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					保険者番号				
フリガナ									
被保険者氏名					被保険者番号				
生年月日	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								

伊佐市長 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

住所
申請者 氏名 (印) 電話番号

注意) 1 この申請に対する支給の決定があった場合には、次回以降、高額介護(居宅支援サービス費)の支給についての申請手続は不要になります。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(居宅介護)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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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				