介護保険 高額介護 (予防) サービス費等支給申請書

ふりがな						保険者	省						3	5	3	4	3	3
初	5保険者					被保険	者番号											
	氏名				個人													
生年月日		明・大・昭	年	月	日	性	別											
住 所		電話番号																
		氏	名		生生	手月 日	性別	介護保険の被保険者の場合:被保険者番号 個人番号										
$\overline{}$								個人番号										
世帯構成	世帯主																	
	世帯員							-										
								-										
田布施町長 様																		
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。																		
年 月 日																		
住 所																		
	申請者	氏 名																
		続 柄	続 柄 電話番号															

- 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、申請の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。

	ゆうち	通常預金				店 番		П	座	番	号		
口座振替	()	(()								
佐頼欄	(コード)	銀行	(コード)		本店	種	目		П	座	番	号	
		信用金庫 組合			支店·支所 出張所								
フリガナ													
口座名義人													