

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 | | | | 保険者番号 | | | | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 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 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 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 (印) 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。

| | | | | | | | | |
|-------------|--------|-------|------|------|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | ゆうちょ銀行 | 通常預金 | 店番 | 口座番号 | | | | |
| | () | () | | | | | | |
| | (コード) | (コード) | 種目 | 口座番号 | | | | |
| | 銀行 | 本店 | 1 普通 | | | | | |
| | 信用金庫 | 支店・支所 | 2 当座 | | | | | |
| | 組合 | 出張所 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |