

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名				個人番号															
				保険者番号															
				被保険者番号															
生年月日				性別															
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																		
<p>さぬき市長 様</p> <p>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>																			

注意 ・ 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（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（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	銀行・農協 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												
							9. その他												
フリガナ																			
口座名義人																			

口座振込委任欄
 上記の支給の受領方を口座名義人 に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

令和 年 月 日 被保険者（申請権者） 印

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

()