

# 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

平成 年 月

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号		0 3 2 0 5 2	
生 年 月 日		年 月 日		男・女		被保険者番号	
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					
	世帯員	年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					

花巻市長 様

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。

平成 年 月 日

住所

電話番号

申請者

氏名

印

- 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（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。

口座振込 依頼欄	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	本 店 支 店 出 張 支 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			

### 市町村記入欄

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