

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

令和 年 月

フリガナ 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									
世帯構成	世帯主																
	世帯員																
総社市長 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。 なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。 令和 年 月 日 住 所 電話番号 申請者 氏 名 本人との関係()																	

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀 行 信用金庫 農業協同組合				本 店 支 店 出張所			種 別		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															

総社市記入欄

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