

介護保険高額介護（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				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																
<p>総社市長 様</p> <p>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、すでに支給済み的高額介護(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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ 本人との関係()</p>																	

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 <small>農業協同組合</small>				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	