

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				保険者番号		1	0	4	4	8	9	
被保険者氏名				被保険者番号								
生年月日	年	月	日	個人番号								
住所	〒 電話番号 ()											
	氏名			生年月日	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											
昭和村長様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（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 申請者 氏名 (印) 電話番号 ()												

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	銀行名			本・支店名			種目	口座番号				
								1. 普通預金 2. 当座預金 4. 貯蓄				
	金融機関コード			店舗コード								
	フリガナ											
	口座名義人											

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。

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	(所得分布の状況等を把握)