

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	個人番号				
住 所	〒 ー 電話番号 ()								
該 当 月 分 の 支 払 額 合 計	円								
<p>大曲仙北広域市町村圏組合管理者 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名 (本人との続柄：)</p>									

注意 ・ 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ません。
 ・ 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給がされる場合、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。

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 金庫 農協	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 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

介護保険事務所記入欄

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

※この申請書を提出する際は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付してください。
 ※振込口座は、被保険者本人または申請者の口座に限ります。