

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 被保険者氏名			保険者 番号												
			被保険者 番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女											
住 所	〒 電話番号														
該当月分の 支払額合計	円			※役場処理欄(支給額) 円											
		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														

羅 白 町 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。

年 月 日

住所  
申請者  
氏名



電話番号

- 注意
- ・ 今回の支給以降、高額介護(居宅支援)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(居宅支援)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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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											
	フリガナ 口座名義人			3 その他											

※市(町村)記入欄

区 分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考 (所得分布の状況等を把握)											
1 単独			有・無												
2 合算			給付割合												

※印の欄は記入しないで下さい。