

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ										保険者番号											
被保険者氏名										被保険者番号											
個人番号																					
生年月日		明治・大正・昭和				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>相楽郡精華町長 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 印 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・農協 信用金庫 信用組合				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 3. その他									
	フリガナ																
口座名義人																	

市(町村)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	