

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														
	-----				個人番号														
生年月日	年 月 日生				性別	男 ・ 女													
住 所	〒 電話番号																		
該当月分の 支払額合計																			
	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>鹿部町長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>																			

注意・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。

・この申請書の裏面に領収証を添付してください。

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	
			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	領収書 確認欄	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)