

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				
被保険者名 氏				被保険者番号				
				個人番号				
生年月日	明治・大正・昭和 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							
世帯構成	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				
	世帯主							
	世帯員							
枝幸町長様  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。  年 月 日  申請者 住所 氏名 印 電話番号								

(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ない場合があります。  
 ・ この申請書の裏面に領収書を添付してください。

上記の給付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 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									

町記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単 2 合 算			有・無 給付割合	