

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 氏名				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								
<p>枝幸町長様</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、すでに支給済みの高額介護(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          申請者 住所          氏名 電話番号</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	