

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		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・大・昭 年 月 日	性 別										
住 所	〒 ー 電話番号 ()											
該 当 月 分 の 支 払 額 合 計	円											
大曲仙北広域市町村圏組合管理者 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。 なお、今後支給される高額介護（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、翌月以降の高額介護（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。												
年 月 日												
住所												
申請者 電話番号 ()												
氏名 (本人との続柄：)												

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ません場合があります。
- ・ 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給がされる場合、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。

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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 金庫 農協				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													

介護保険事務所記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			

※ゆうちょ銀行を振込口座に指定する場合は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付してください。

※振込口座は、被保険者本人または申請者の口座に限ります。