

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	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
住所	〒 ー 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>大曲仙北広域市町村圏組合管理者 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（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

・この申請書に領収証（明細の分かるもの）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 農協	本店 支店 支所・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			

※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下さい。

介護保険事務所記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考 (所得分布の状況等を把握)
1 単独			有・無 給付割当	
2 合算				