

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号		0	1	4	3	0	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		性別	男・女						
住所	〒 ー								
	電話番号								
	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	・	・	男・女					
	世帯員	・	・	男・女					
		・	・	男・女					
		・	・	男・女					
<p>月形町長 様</p> <p>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、支給の決定に関して、申請に関する事実を介護サービス事業者等に確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">※携帯電話等、日中に連絡がつく番号</p>									

- 注 1 この申請に対する支給の決定があった場合には、次回以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給についての申請手続きは不要になります。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。
- 2 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。

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 信用金庫 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	普通・当座						
	フリガナ								
	口座名義人								

月形町記入欄

区分	世帯主集約番号	給付制限状況	備考（所得分布の状況を把握）
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	