

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											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日		明・大・昭 年 月 日生			性別		男・女						
住所		〒											
		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												
	世帯員												
美深町長 様													
上記のとおり高額介護（居宅介護）サービス費の支給を申請します。													
年 月 日													
住所													
申請者 電話番号 ( )													
氏名 印													

注意・今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、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。  
 ・給付制限を受けている方については、高額介護（居宅介護）サービス費の支給できない場合があります。

高額介護（居宅介護）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目		口座番号					
	金融期間コード		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										