

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月利用分

フリガナ				保険者番号				
被保険者氏名				被保険者番号				
生年月日	年	月	日	性別	個人番号			
住 所	〒							
	電話番号							
世帯主	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			
					個人番号			
世帯構成	世帯主							
	世帯員							
忍野村長 様 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印								

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（予防）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（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（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 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 9.その他	
		フリガナ			
		口座名義人			

村 入力欄

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