

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 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				〇〇-〇〇〇〇									
		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																		
<p style="text-align: center;">岐阜県瑞浪市長 様</p> <p>上記のとおり関連書類を添えて、高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>																			

注意 ・ 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。

・ 下記の振込先口座が被保険者本人の名義でない場合は、別に委任状（代理受領）を添付する必要があります。

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 農業協同組合		支店 本店 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														
	フリガナ																		
口座名義人																			

市（町村）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
1 単独			有・無	
2 合算			給付割合	