

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

平成 年 月

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号		0	3	4	6	1	1
生 年 月	年 月 日	男・女	被保険者番号								
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	年 月 日									
	世帯員	年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
<p>大槌町長 様</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 電話番号</p> <p>申請者 氏 名 印</p>											

注意

- ・今回の支給以降、高額介護（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（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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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											

市町村記入欄

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