

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		保険者番号	034611	大槌町
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	男・女	
住所	〒 電話番号			
自己負担金額		支給申請額		
世帯構成	氏 名	生年月日	性別	被保険者番号 ※介護保険被保険者の場合のみ
世帯主				
世帯員				

大槌町長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費等の支給を申請します。

年 月 日

申請者	住所	〒 電話番号
	氏名	印

- ※ ・給付制限を受けている方については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。  
 ・この申請書の裏面に領収書を添付してください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 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 3 その他				
	フリガナ	-----					
	口座名義人						

※ 大槌町担当者記入欄

区 分	世帯番号	領収書確認欄	給付制限状態	備 考
1 単 独			有・無 給付割合	
2 合 算				