

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		被保険者番号		
個人番号		年 月 日		性別		
生年月日		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					
<p>(あて先) 大月市長                  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。                  なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 本人との関係（ ）</p>						

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店支店 出張所	種 別	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				

保険者記入欄

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