

介護保険高額介護（介護予防）サービス費等支給申請書

令和 年 月 日

伊予市長 様

次のとおり介護保険高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費（以下「高額介護サービス費等」という。）の支給を申請します。

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名 (申請者)		被保険者番号												
		個人番号												
生年月日		年 月 日生		性別		男 ・ 女								
住 所		〒 —				電話番号		— —						
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協 信用組合		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									
					2 当座									
					3 その他									
	フリガナ													
口座名義人														

※申請者が相続人であるなど被保険者でない場合は以下に記入してください。

申請者	被保険者との 関係	相続人代表 ・ その他代理人 ()												
	フリガナ 氏 名													
	住 所	〒 —												
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協 信用組合		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									
					2 当座									
					3 その他									
	フリガナ													
口座名義人														

(確認事項)

- ・この申請以降に高額介護サービス費等が支給される場合、申請手続は不要となります。
- ・保険料の滞納等により給付制限を受けている場合、高額介護サービス費等が支給されない場合があります。
- ・過誤調整すべき金額が生じた場合、次回以降に支給する高額介護サービス費等から調整されます。

※以下は記入しないでください。(伊予市記入欄)

区分	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算	有 ・ 無 給付割合 ()	(所得分布の状況等を把握) 利用者負担段階第 段階

(年 月分)

審査	課長	課長補佐	担当	自己負担額合計 (保険対象内)	所得別上限	支給決定額
				円	円	