介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ	イヨ タロウ	保険者番号	3821011
被保険者氏名	伊予 太郎	被保険者番号	
生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	
住所	伊予市米湊820番地	電話番号 089-982-1117	
本人支払額	円		
備考			

伊予市長 様

前のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。

また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護(予防)サービス費で相殺することに同意します。

年 月 日

〒

申請者 住所 伊予市米湊820番地 電話番号 089-982-1117

個人番号

氏名 伊予 太郎

※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

		氏名	生年月日	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			

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、申請手続は不要となります。

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)サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座				
口座振込依頼欄	〇〇 銀行・信用金庫・農協( )	〇〇 本店・支店( )	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ( )	〇〇〇〇〇〇〇
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ	イヨ タロウ		
	口座名義人	伊予 太郎		

申請者(被保険者)本人の口座を記入してください。

市(町村)記入欄

区分	世帯集約番		
1 単独 2 合算		給付割合 割	