

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 月分)

		個人番号																	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号																	
		被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女																
住所	〒																		
		電話番号																	
該当月分の 支払額合計																			
		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														
					個 人 番 号														
世帯 構 成	世帯主																		
	世帯員																		
瀬戸市長 様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印																			

(注意)

- ・給付制限を受けている方は、高額介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。
  - ・今回の支給以降、高額介護(居宅支援)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。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 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														

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考
				(所得分布の状況等を把握)
1 単独			有 ・ 無	
2 合算			給付割合	

