

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号		0 1 2 1 2 0	
		被保険者番号		0 0 0 0	
生年月日		年 月 日生		性 別	
住 所		〒		電話番号()	
該当月分の 支払額合計		円			
		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				
留 萌 市 長 様 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)の支給を申請します。 年 月 日 住 所 〒 申請者 電話番号() 氏 名 印 本人との関係					
【申請等が本人以外の場合】 この支給申請に係る支給費請求及び受領について、次の受任者に委任します。 年 月 日 委任者(被保険者) 印 受任者 住 所 氏 名 印					

注 意 ・今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)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は、高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)の支給ができない場合があります。

高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依 頼 欄	銀 行		本 店		種 目	口座番号	
	信用金庫		支 店				
	信用組合		出張所		1. 普通預金		
	金融機関コード		店舗コード		2. 当座預金		
					3. そ の 他		
	フリガナ 口座名義人						

留萌市記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1. 単独		有 ・ 無	(所得分布の状況等の把握)
2. 合算		給付割合	