介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

令和　　年　　月

フリガナ			保険者番号					0	5	3	2	7	2		
被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日	明・大・昭　　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													

北秋田郡上小阿仁村長　　様

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名　　本人との関係（　　）

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。

	金融機関名	店舗名	種目	口座番号
口座振替依頼欄			1.普通預金 2.当座預金 3.そ の 他	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

市町村記入欄

区分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備考
1単独 2合算			有・無 給付割合	