

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月

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				性別																
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																			
様																				
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。																				
年 月 日																				
住所										電話番号										
申請者																				
氏名										印										

注意 ・ 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。
 ・ この申請書の裏面に領収書を添付してください。

高額介護（予防）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 依頼欄				種 目	口座番号															
	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	

()