

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

フリガナ				保険者番号				0	9	3	6	1	7
被保険者氏名				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											
		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												
壬 生 町 長 様													
上記のとおり高額介護（介護予防）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・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、手続は不要となります。
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（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（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	銀 行 信用金庫 農 協			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														

町記入欄

区 分	世 帯 集 約 番 号	給 付 制 限 状 況	備 考
1 単 独		有 ・ 無	
2 合 算		給 付 割 合	