

# 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ		被保険者氏名		保険者番号													2	8	2	1	2	9			
				被保険者番号																					
				個人番号																					
生年月日		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																								
<p style="text-align: center;">赤穂市長様</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>																									

- 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、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(介護予防)サービス費の支給ができません場合があります。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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						
フリガナ 口座名義人	金融機関コード										
	店舗コード										
					2 当座預金						
					3 その他						

### 赤穂市記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	