

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書
年 月

個人番号		保険者番号		412056		
フリガナ 被保険者名		被保険者番号				
生年月日		性別				
住所						
世帯構成		世帯主	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
		世帯員				
伊万里市長 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。 又世帯状況について、地方税法に基づく課税台帳等及び住民基本台帳法に基づく住民票等を 調査されることを承諾します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号						

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ください。

口座振替 依頼欄	金融機関名	店舗名	科目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所 本・支所		
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通	
			2. 当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

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	