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	
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			
住　　所			

				介護保険の被保険者の場合 被保険者番号 個人番号
		氏　　名	生年月日	
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

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。

ー高額介護（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	