

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		個人番号															
		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																
<p>小山市長 大久保 寿夫 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名 印</p>																	

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					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			有・無 給付割合	
2 合算				

()