

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			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女														
住所	〒																	
府 中 町 長																		
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、返還金等が発生した場合、支給額から調整されることに同意します。																		
令和 年 月 日																		
住所										電話番号								
申請者																		
氏名																		

注意・給付制限をうけている方については、高額介護（予防）サービス費が支給できない場合があります。

・ 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、申請手続きは不要です。
引き続き、下記の口座に振り込まれます。

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。

口座振替依頼欄	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						
								1 普通預金								
								2 当座預金								
								3 その他								
	金融機関コード				店舗コード											
							フリガナ									
	口座名義人															

注意・原則、被保険者本人以外の口座に振込むことは出来ません。（申請者が相続人の場合を除きます。）