

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				保 険 者 番 号																
被保険者氏名				被保険者番号																
生 年 月 日		年 月 日生		性別				個人番号												
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												
								個人番号												
世帯構成	世 帯 主																			
	世 帯 員																			

下呂市長 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。
年 月 日
住所
申請者 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	銀行 信用金庫 信用組合		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 2 当座預金 3 その他	
	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 2 合算		有・無 給付割合	