

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		性別		男・女		電話番号					
住所		〒 串間市											
		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												
串間市長 様													
上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。													
なお、支給の決定に際し、私（被保険者）及び私の属する世帯員の課税状況等を調査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 ・ 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。

・ 給付制限等を受けている方については、高額介護（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（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。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号										
	信用金庫	本 所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他										
	信用組合	支 店												
	農 協	支 所												
漁 協	出張所													
フリガナ														
口座名義人														

串間市確認欄

保険料滞納	給付制限状況	確認年月日	備 考
	有 ・ 無	令和 年 月 日	
	給 付 割 合	担 当 印	