

～ 記載例 ～

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	クシマ タロウ		被保険者番号							
被保険者氏名	串 間 太 郎		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0						
生 年 月 日	明・大・昭	〇〇年 △月 △△日	性 別	男・女	電話番号	72-1111				
住 所	〒888-8555 串間市大字西方5550番地									
	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	串 間 太 郎	S 0 . 0 . 0	男	0 0 0 0 0					
	世帯員	串 間 花 子	S 0 . 0 . 0	女	1 1 1 1 1					
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。 令和 年 月 日 住 所 串間市大字西方5550番地 電話番号 72-1111 申請者 氏 名 串 間 太 郎										

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。

被保険者の 口座を記入	銀 行	本 店	種 目	口 座 番 号
	信用金庫	本 所		
	〇 〇 信用組合	△ △ 支 店		
	農 協	支 所		
	漁 協	出張所	1. 普通預金	1 1 1 1 1 1
			2. 当座預金	
			3. その他	
	フリガナ	クシマ タロウ		
	口座名義人	串 間 太 郎		

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	

記入しないでください