

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		年 月 日		性別		男・女													
住 所		〒 電話番号																	
自己負担額		円		支給申請額		円													
		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>(宛先) 鶴ヶ島市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																			

注意・今回の支給以後、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。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協		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												

鶴ヶ島市記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有・無	
2 合 算		給付割合	