

様式第34号（第37条関係）

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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年 月 日										
住所	〒										
	電話番号										
自己負担額	円				支給申請額				円		
(宛先) 鶴ヶ島市長 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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名											

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。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ※公金受取口座を利用する場合は、本人口座に限ります。選択する際には被保険者本人の個人番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する												
口座振替 依頼欄	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												