

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

対象年月 年 月

フリガナ			保険者番号	3 7 4 0 4 1						
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 : 女				
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					
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
多度津町長 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 電話番号 氏名 印										
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. 財形貯蓄					
				4. その他						
口座名義人（カナ）										
口座振替委任欄 上記の支給の受領方を口座名義人_____に委任し上記口座に振り込まれますようお願いいたします。 平成 年 月 日 被保険者名（申請権者）_____ 印										

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、支給金額は今回の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。
 ●口座振替を委任される場合は、本人確認の為、窓口に来られた方の身分証明書の提示が必要になります。

窓口に来られた方	記入欄
住所	<input type="checkbox"/> 運転免許証
氏名	<input type="checkbox"/> 健康保険証
TEL	<input type="checkbox"/> その他
申請者との続柄	