

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費等支給申請書

年 月

下記のとおり高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業の支給を申請します。
 なお、支給決定のため必要ある場合は、私及び私の世帯の収入状況等について調査することに同意します。

年 月 日

フリガナ											保険者番号	252023											
被保険者氏名 (申請者)											被保険者番号	1	0	0	0								
											生年月日	年 月 日											
											性別	男・女											
個人番号																							
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																						

注 意 ・ 今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業が支給される場合、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)サービス費等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・高額介護予防サービス費相当を下記の口座に振り込んでください。

なお、下記口座に変更が生じた場合は、直ちに口座変更届を提出します。

※ ご本人様以外の口座を指定される場合は、委任状(別紙)の提出が必要となります。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協				本店 支店 出張所			種 別	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																				

彦根市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)
2 合 算			