

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費等支給申請書  
令和 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下さい。  
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。

口座振込 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					
							9.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	(所得分布の状況等を把握)
2 合 算		給付割合	

( )