

介護保険高額介護(予防)サービス費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	2 9 4 5 3 8										
			被保険者番号	0 0 0										
			個人番号											
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女										
住所	〒 -										電話番号			
該当月分の 支払額合計														
		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													
東吉野村長 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。 なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名														

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(居宅支援)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店 出張所				種目	口座番号							
	コード		コード				1 普通 2 当座								
	フリガナ 口座名義人														

市町村記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	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	