

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

ふりがな			保険者番号		0	1	3	6	4	9
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	大正・昭和 年 月 日生				性別	男 ・ 女				
住所	〒 電話番号									
該当月分の支払額合計	円									
世帯構成	世帯主	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					
	世帯員									
<p>乙部町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>※利用者負担額減額等の決定のため必要があるときは、私及び私の世帯員の収入状況等を、貴町長が関係当局に報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>										

注意・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。

・この申請書の裏面に領収書を添付してください。

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		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	
	ふりがな				
	口座名義人				

乙部町記入欄

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 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)