

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名				個人番号																	
				保険者番号																	
				被保険者番号																	
生年月日				性別																	
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					個人番号										
世帯 構成	世帯主																				
	世帯員																				
中川町長様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印																					

注意

- (1) 今回の支給以降に高額介護（介護予防）サービス費の支給対象となった場合には、申請の手続きは必要ありません。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。
 - (2) 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。
- 高額介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	信金 農協 銀行	支店 支所 店	種 目	口座番号																
			普 通																	
	フリガナ																			
口座名義人																				

町村記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	