

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書
(年 月分)

フリガナ				保険者番号														
被保険者氏名				被保険者番号														
生年月日		年	月	日	性別			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														
				個人番号														
世帯構成	世帯主																	
	世帯員																	
珠洲市長 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()																		

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費が支給される場合、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(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	銀行 金庫 組合	本店 支店 支所	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 9. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄

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	