

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ					被保険者番号	0	0	0	0											
被保険者氏名	印				個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女														
住所	〒 -																			
送付先	〒 -														電話番号					
※被保険者の住所と 同じ場合は記載不要	住所 氏名																			
	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					0	0	0	0											
	世帯員					0	0	0	0											
岩見沢市長 様																				
上記のとおり高額介護(居宅支援)サービス費の支給を申請します。																				
令和 年 月 日																				
〒 -																				
電話番号																				
住所																				
申請者																				
氏名																				
印																				

注意 : 今回の支給以降、高額介護(居宅支援)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、高齢介護(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。
 : 同じ世帯の中で、介護サービス(在宅または施設)を活用している方が複数いる場合は、全員分の申請をしてください。

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。印

口座振替 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	
	フリガナ 口座名義人			

市記入欄	受付	令和	年	月	日	受付者	備考
	入力	令和	年	月	日	入力者	
	確認	令和	年	月	日	確認者	
	支給開始	令和	年	月	日	処理状態	