

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										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
住所	〒 ー												
送付先 <small>※被保険者の住所と 同じ場合は記載不要</small>	〒 ー		電話番号										
	住所 氏名												
	氏	名	生	年	月	日	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												
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。 年 月 日 〒 ー 電話番号 住所 申請者 氏名													

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。

口座振替 依頼欄		銀行・農協 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	年 月 日	受付者	備考
	入力	年 月 日	入力者	
	確認	年 月 日	確認者	
	支給開始	年 月 日	処理状態	