

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

※太枠内を記入してください 年 月 日

フリガナ				保険者番号										
被保険者氏名				被保険者番号										
				個人番号										
生年月日	大・昭・平	年	月	性別	男・女									
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									
世帯 構成	世帯主													
	世帯員													
諏訪広域連合長 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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印														

注意 ・今回の支給以降、高額介護（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（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

・過誤調整等が発生した場合は、既に支給された高額（介護予防）サービス費の全部または一部を返金して

いただく場合があります。

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。

口座振替 依頼書			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	
	フリガナ			
口座名義人				

※ゆうちょ銀行は通帳に記載されている記号・番号を記入してください。

記号 _____ 番号

(※被保険者(受給者)と口座名義人が異なる場合のみ記入)

支給される費用の額の受領は、上記の口座名義人に委任します。 _____ 印

市(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	