

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

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																	
住 所	電話番号																
本 人 支 払 額	円																
サ ー ビ ス 提 供 年 月																	
諏訪広域連合 広域連合長様 前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 氏名																	
電話番号 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。																	
		氏 名				生 年 月 日				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																

注意

- ・今回の支給以降、再び高額介護（予防）サービス費の支給対象となった場合は、今回申請した口座に自動的に振り込まれます。ただし、被保険者の死亡により資格を喪失した場合は、改めて申請が必要となります。
- ・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。
- ・過誤調整等が発生した場合には、すで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（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座	【被保険者（申請者）と口座名義人が異なる場合のみ記入】																	
	支給される費用の受領は、下記の口座名義人に委任します。 氏名																	
口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協 ()				本 店 支 店 ()				種 目				口 座 番 号					
	金融機関コード				店 舗 番 号				1 普通 2 当座預金 3 その他 ()									
	ゆうちょ銀行				記号						番号							
	フリガナ																	
	口 座 名 義 人																	

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	

