

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月分

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		
			被保険者番号		
生年月日	年 月 日		性別		
住所	〒 電話番号				
該当月分の 支払額合計					
	氏名	生年月日	性別	被保険者番号	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
いすみ市長 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 申請者 住所 氏名 電話番号					

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。

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ください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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

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	