

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号		4	0	2	1	9	8
被保険者氏名		被保険者番号	⋮	⋮					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒816 - 大野城市		電話番号						
該当月分の支払額合計									
	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			⋮					
				⋮					
<p>大野城市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。なお、サービス費支払いのため必要な課税状況については、地方税法に基づく課税台帳により確認される事を承諾します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 印</p>									

注意 ・平成 17 年 10 月利用分以降の場合は、今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される際、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。下記振込口座に変更があった場合は、再度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（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（居宅支援）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	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								

大野城市記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考
				(所得分布の状況等を把握)
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	