

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

ツガナ				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		明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女			
住所		〒444-13 高浜市 町 丁目 番地		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		MTS . .	男・女				
	世帯員		MTS . .	男・女				
			MTS . .	男・女				
			MTS . .	男・女				
<p>高浜市長様</p> <p>上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。 なお、すでに支給済み的高額介護サービス費等について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護サービス費等の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 () 印 本人との関係</p>								

※注意・今回の給付以降、高額介護サービス費等が支給される場合、申請手続は不要となります。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、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼書	銀行 農協 信金 労金 信組 ()	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				
	ツガナ						
口座名義人							

市記入欄

区分	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				