

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					0	1	3	3	1	8
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	性別	男・女									
住所	〒				電話番号										
該当月分の支払額合計	平成 年 月分				円										
世帯構成	世帯主	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										
	世帯員														
(あて先)松前町長 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 申請書 住所 (被保険者) 氏名 印 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。

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。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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(町村)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
1 単独			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握) 第 段階
2 合算				限度額(個人・世帯) 15,000円 24,600円 37,200円 44,400円 支給決定額 円

高額介護サービス費の受領方を _____ に委任します。

氏名(被保険者)

印