

# 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ		保険者番号	162024
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日 生	個人番号	
住 所	電話番号		
該当月分の支払額合計	円		
	氏名	生年月日	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		
高岡市長あて 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。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> 申請者 住 所 電話番号 氏 名			

注意 ・ 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。  
 ・ 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。

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	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				
	<input type="checkbox"/> 公的給付支給等口座を利用します					

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	
2 合算				