

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 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	〒														
該当月分の支払額合計	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			男・女											
	世帯員														
北海道伊達市長 様															
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。															
令和 年 月 日															
住所															
申請者 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下さい。

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													

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										