別記様式36号

# 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<br>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 | 〒<br>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<br>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。

また、上記申請金額の受領を　住所　氏名　に委任します

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　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下さい。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 口座振替依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 | |
| | | | | |
| | フリガナ<br>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<br>（所得分布の状況等を把握） |
|---|---|---|---|---|
| 1 単独<br>2 合算 | | | 有・無<br>給付割合 | |