

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	〒 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 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。

住所  
また、上記申請金額の受領を  
氏名 に委任します

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	