

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名											保険者番号											1	9	2	0	2	1
											被保険者番号																
個人番号																											
生年月日	年 月 日										性別																
住所	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																										
	世帯員																										
<p>富士吉田市長 様</p> <p>上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>																											

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(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(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(予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種別	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										
	フリガナ														
口座名義人															

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	