

町受付

広域受付

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

		個人番号				
フリガナ 被保険者番号		保険者番号				
		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	
					男・女	
住所	〒					
	電話番号					
		介護保険の被保険者の場合				
		被保険者番号				
		個人番号				
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別		
	世帯員					

邑智郡総合事務組合管理者様

上記のとおり高額介護（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 1. 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給の対象となった場合は、自動的に下記口座に振り込まれます。なお、振込口座等の変更がある場合は、再度申請書の提出が必要です。
2. 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 依頼書	銀行・農協 金庫・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			