

**介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書**

フリガナ		-----		保険者番号	283812		
被保険者氏名		-----		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	1号・2号	性別	男・女
住所	〒				電話	- -	
		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>稲美町長 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。今後、高額介護（予防）サービス費が発生した場合は、下記の口座に振り込みをお願いします。 また、過誤調整が発生した場合は、以降の高額介護（予防）サービス費で相殺することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(被保険者) 氏名 _____ (印)</p> <p>電話 _____</p>							

**[注意]** 給付制限を受けている方は高額介護（予防）サービス費を支給できない場合があります。

口座振替 依頼書	銀行 農業協同組合 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 (被保険者)	-----					

※口座名義人が申請者と異なる場合は、裏面の委任状に記入して下さい。

以下町記入欄：何も記入しないで下さい。

区分	世帯集約 番号	給付制限 状況	コンピュータ 入力	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合		