

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	2 8 2 1 0 3										
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女										
住所	〒						電話番号	() -					
<p>加古川市長様</p> <p>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。</p> <p>今後、高額介護(介護予防)サービス費が発生した場合は、下記の口座に振込をお願いします。</p> <p>又、過誤調整が発生した場合には、以降の高額介護(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>住所</p> <p>申請者</p> <p>(被保険者) 氏名 印 電話 () -</p> <p><small>(被保険者が死亡されている場合は代表相続人)</small></p>													

印

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、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ください。

口座振替依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	種 目	口 座 番 号(右づめ)								
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通 ・2. 当座・3. 貯蓄									
	フリガナ											
	口座名義人											

※振込口座は原則被保険者の方の口座に限らせていただきます。

被保険者の方以外の口座の場合、委任状または同意書(被保険者が死亡の場合)が必要となりますのでご連絡ください。

事務処理欄

口座入力	H . .	担当	
入力チェック	H . .	担当	

受付日