

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書
(年 月分)

① フリガナ		男・女	保険者番号		0	3	3	2	2	5
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日		個人番号							
② フリガナ		男・女	被保険者番号							
被保険者氏名 (合算の場合)			個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日									
支払金額 (①)	円	支払金額 (②)	円							
支払金額合計 (①+②)	円									
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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									
矢巾町長 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 〒 - 氏名 電話番号 () 本人との関係 ()										

※保険料を完納されていない方については、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。

矢 巾 町

区 分	領 収 証 確 認 欄	保険料納付状況	備 考
1 単 独		未納保険料 有・無	
2 合 算		滞納保険料 有・無	