

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																		
被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日		個人番号																		
住所		電話番号																		
本人支払額		円																		
備 考																				
		氏 名		生年月日		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																			
	世帯員																			

矢巾町長
様

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。

年
月
日

〒

住所
電話番号

申請者

住所
個人番号
.

注意・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（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。

受取口座	☐ 振込口座を指定する																
口座振込 依 頼 欄								種 目	口座番号								
	金融機関コード	店舗コード						1. 普通 2. 当座預金 3. その他 ()									
	ゆうちょ銀行	記号						番号									
	フリガナ																
	口座名義人																

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	