

様式第34号（第21条関係）

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）

フリガナ			保険者番号		4	3	2	1	2	0
被保険者氏名			個人番号							
			被保険者番号							
生年月日	年 月 日生		性別	男	女	年齢	歳			
住 所	〒 - 電話番号									
該当月分の 支払額合計	円		保険請求額	円						
	氏 名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の 場合の被保険者番号						
世 帯 構 成	世帯主									
	世帯員									
上天草市長 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。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号 ()										

(注) ・ 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。
 ・ 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、申請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。

●高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼書	金融機関名	本店・支店等名	種目	1 普通預金						
	銀行	本店		2 当座預金						
	信用金庫	支店	口座番号	3 その他						
	信用組合	出張所								
	協同組合	支所								
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ									
	口座名義人									

【市記入欄】

区分	領収書確認欄	給付制限状況	自己負担上限額	支給額
1 単独	有 ・ 無	有・無 給付割合	・ 一般	円
2 合算			・ 住民税世帯非課税等	円
世帯集約番号			・ 高齢年金受給者等	円