

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					
<p>上天草市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号 ()</p>						

（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 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店 出張所 支所			2 当座預金	
					口座番号	3 その他	
		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	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	