

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		カミアクサ タロウ		被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名		上天草 太郎		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日		昭和○○年○○月○○日生		性別		男		女		年齢		○○歳					
住 所		〒000-0000 上天草市●●町○○0000-00		電話番号													
該当月分の 支払額合計		35,000円		自己負担額		20,000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	上天草 太郎		S00.00.00		男		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	世帯員	上天草 花子		S00.00.00		女		9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
<p>熊本県上天草市長 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>令和○○年○○月○○日</p> <p>申請者 住 所 上天草市●●町○○0000-00</p> <p>氏 名 上天草 太郎 電話番号 (0000) -00-000</p>																	

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、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。
 ・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）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼書	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						
	金融機関コード		店舗コード		3 その他	口座番号						
	ゆうちょ銀行		—		1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ		カミアクサ タロウ									
口座名義人		上天草 太郎										

【市記入欄】

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独	有 ・ 無	有・無	
2 合算		給付割合	