

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名											保険者番号															
											被保険者番号															
個人番号																										
生年月日	年					月					日生					性別	男・女									
住所											電話番号															
															氏名	生年月日					性別	介護保険の 被保険者の場合 被保険者番号				
世帯構成	世帯主																									
	世帯員																									
<p>宮古島市長 様</p> <p>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。</p> <p>なお、すでに支給済み的高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">〈署名〉</p> <p style="text-align: center;">氏名 本人との関係()</p>																										

注意・今回の支給以降、高額介護(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(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(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	依	銀行・農協 漁協・組合 金庫・他			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 9. その他						
	フリガナ												
口座名義人													

市(町村)記入欄

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