

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

(年 月分)

*** 太枠の中のみ記入して下さい。**

フリガナ					保険者番号	4 0 2 1 0 7					
被保険者氏名					被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 女	個人番号							
住所	〒 ー				電話番号 () ー						
				氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 (上段)被保険者番号(下段)個人番号				
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日生		男 女							
	同一世帯の 被保険者	明・大・昭 年 月 日生		男 女							
		明・大・昭 年 月 日生		男 女							
		明・大・昭 年 月 日生		男 女							
		明・大・昭 年 月 日生		男 女							

八女市長様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。

なお、申請にあたり私の世帯の以下の情報について、介護保険者が閲覧することを同意します。

■世帯住民情報 ■老齢福祉年金受給情報 ■生活保護受給情報 ■世帯員の市民税課税情報

年 月 日

住所

申請者 氏名 電話番号() ー

【注意】

- ・ 今回の支給以後、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下さい。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要。事前にマイナポータルから公金受取口座の登録が必要です。)		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
口座振込依頼欄 (原則として被保険者名義口座)	銀行・信用金庫 本店・支店 信用組合・農協 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 3. 財形貯蓄 4. その他
	口座名義人(カナ)		

◎八女市記入欄

区分	世帯番号	給付制限状況 有・無 給付割合	備考
1. 単独			
2. 合算			課税状況確認年月日 年 月 日