

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年 月 提出 (要支援 要介護)

フリガナ			保険者番号	苦小牧市	0	1	2	1	3	8
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別		男・女			
被保険者住所	〒									
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	世帯員					0	0	0	0	
						0	0	0	0	
						0	0	0	0	
						0	0	0	0	
苦小牧市長 様 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 苦小牧市 町 丁目 番 号 申請者 氏名										
										申請代行者
										連絡先電話番号

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。(平成 17 年 10 月提供分以降)
 ・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。

下記の口座に振込みを希望します。

口座振替 依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合	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					
				3 その他						
	フリガナ									
	口座名義人									

※苦小牧市記載欄 (カード確認・職権記載)

確認日	区分	給付制限状況	世帯課税/非課税	高齢福祉年金	受付印
・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有・無	課・非	有・無	
・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有・無	課・非	有・無	
・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有・無	課・非	有・無	
・	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	有・無	課・非	有・無	