

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

申請年月日	年 月 日									
栗山町長 様										
次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。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、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されることに同意します。										
フリガナ					保険者番号	0 1 4 2 9 0				
被保険者(申請)氏名					個人番号					
					被保険者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日				性別	男 ・ 女				
住 所	〒									
電話番号										
同一世帯の介護保険 サービス利用者の有無 有 ・ 無 (有の場合、右欄に記入する事)	サービス利用者氏名				生 年 月 日		性別		被保険者番号	
					明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女			
					明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女			
					明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女			
届 出 者 ※届出者が被保険者本人の場合、記入不要 〒										
住 所 電話番号										
氏 名 被保険者との関係(続柄)										

注意 ・ 今回の申請以降、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。
また以後、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)サービス費を下記口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	支店	1 普通預金							
	信用組合	本所	2 当座預金							
	農 協	支所	3 その他							
フリガナ										
口座名義人										
※被保険者と口座名義人が異なる場合は、下欄に署名・押印をお願いします。										
受 任 者	住 所	上記口座名義人に、高額介護(介護予防)サービス費を受領する権限を委任します。								
	氏 名	被保険(委任)者氏名								
	委任者との関係(続柄)									

※町記入欄

区 分	備 考		受 付 印
1. 単 独			
2. 合 算			
世帯番号			