

介護保険 高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名					保険者番号	3	6	4	0	4	2	
					被保険者番号							
					個人番号							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生				性別	男 ・ 女						
住所	〒 板野町 電話番号 () -											
該当月分の支払額合計	(年 月分)											
	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 style="text-align: center;">板野町長様</p> <p>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、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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 () -</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印 被保険者との続柄 ()</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。
 - ・ 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。
 - ・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 支所	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						

(口座名義人が被保険者と異なる場合は、記入すること)
 ※ 私に支給される高額介護(予防)サービス費は、
 上記口座に振り込みされることを承諾します。

氏 名
 (被保険者) _____

板野町記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考	町受付欄
1 単独			有 ・ 無	(所得分布の状況等を把握)	
2 合算			給付割合		