介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 (年 月分)

フリガナ				保険者番号	1 6 2 0 6 5	
被保険者氏名				被保険者番号		
				個人番号		
生 年 月 日		年 月 日		性別	男・女	
住 所		電話番号				
該当月分の 支払額合計		円				
		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	個人番号
世帯 構 成	世帯主					
	世帯員					
滑川市長 へ 上記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。 なお、申請内容の確認・審査のため、本人及び家族の個人に関する情報を利用されることに同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 住所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者 電話番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏名 </div>						

注意 ・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。
 ・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。

高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	金融機関名		店舗名		種目	口座番号	
					1 普通預金		
	金融機関コード		店舗コード		2 当座預金		
					3 その他		
		フリガナ 口座名義人					

滑川市記入欄

区 分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握) (自己負担上限額 円) (支給決定額 円)