

介護保険高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防・生活支援サービス事業費支給申請書
 （ 年 月分）

フガナ		保険者番号		3		4		2		0		3		0	
被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性別		男・女									
住所		〒		電話番号											
該当月分の支払額合計															
		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														
竹原市長様															
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・高額介護予防・生活支援サービス事業費の支給を申請します。															
年 月 日															
住所															
申請者 氏名															
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・高額介護予防・生活支援サービス事業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（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・高額介護予防・生活支援サービス事業費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協		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										
	フガナ 口座名義人														

市（町村）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 (所得分布の状況等を把握)	
1 単独			有・無 給付割合		
2 合算					