

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	連絡先		
支給額合計	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		
世帯構成	世帯主		
	世帯員		

（宛先）むつ市長

上記のとおり介護保険高額介護サービス費等の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名

連絡先

（注） 給付制限を受けている方については、介護保険高額介護サービス費等（高額介護予防サービス費等相当事業費を除く。）を支給できない場合があります。

介護保険高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫・ 信用組合・ 労働金庫	本店 支店 営業部	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								

※ 市記入欄

区 分	世帯集約 番 号	給付区分	給付制限 状 況	備 考
1 単独 2 合算		介護（介護予防） 給付・総合事業	有・無 給付割合	（所得分布の状況等を把握）