

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				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				
<p>(宛先) むつ市長 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 ㊦ 連絡先</p>					

- (注) 1 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。
- 2 この申請書に領収証を添付してください。
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	領収証 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		
2 合算			給付割合		