

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	9	2	0	4	7
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						
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
都留市長様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 電話番号 () 住所 _____ 申請者 氏名 _____ ㊞										
口座振替 依頼欄	金融機関名	銀行・信金・信組 本店 労金・農協 支店								
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

注意 ・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。
 ・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出来ない場合があります。

受領委任(被保険者と口座名義人が違う場合に記入してください。)

上記の口座名義人を代理人とし、高額介護(介護予防)サービス費の受領に関する権限を委任します。

被保険者氏名 _____ ㊞

市 記入欄 (以下の欄には記入しないでください。)

区分	給付制限	備考	受付印
<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 合算	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 給付率減		
処理欄			
<input type="checkbox"/> システム処理			