

町受付

広域受付

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		個人番号		保険者番号 324418			
生年月日		明・大・昭 年 月 日		被保険者番号			
住 所		〒		電話番号			
		氏 名		生 年 月 日		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						
邑智郡総合事務組合管理者 様 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号							

注意 1. 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費の支給の対象となった場合は、自動的に下記口座に振り込まれます。なお、振込口座等の変更がある場合は、再度申請書の提出が必要です。

2. 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）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい

口座振替 依頼欄	銀行・農協 金庫・組合		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		
フリガナ 口座名義人							