

様式第17号の2(第29条関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書
(年 月)

フリガナ				保 険 者 番 号							
被保険者氏名				被保険者番号							
				個人番号							
性 別				生年月日	明・大・昭	年	月	日			
住 所		〒				電話番号		()			
世帯構成		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 主									
世帯構成		世 帯 員									
<p>中新川広域行政事務組合 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。 年 月 日 住所 電話番号 () 申請者 氏名</p>											

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。

・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ください。

口座振替 依頼欄	銀 行		本 店		種 目	口 座 番 号	
	信用金庫		支 店				
	信用組合		出張所		1 普通預金		
	金融機関コード		店舗コード		2 当座預金		
				3 その他			
フリガナ							
口座名義人							

保険者記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	