

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	