

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		男・女		生年月日		明・大・昭		年		月		日				
住 所		〒 電話番号 ( )														
		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						男・女									
	世 帯 員						男・女									
							男・女									
							男・女									
<p>中新川広域行政事務組合 管理者 様</p> <p>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>住所 電話番号 ( )</p> <p>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 信用金庫 信用組合		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															

保險者記入欄

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	