

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 險 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				
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							

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		
	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	