

介護保険高額介護(予防)サービス費・  
高額介護予防サービス費相当支給費支給申請書



フリガナ				被保険者番号	0	0	0												
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女														
住所	〒 - 電話番号 ( ) -																		
	氏名			生年月日	性別	被保険者番号 (介護保険の被保険者の場合のみ)													
世帯構成	世帯主	年 月 日			男・女	0	0	0											
	世帯員	年 月 日			男・女	0	0	0											
		年 月 日			男・女	0	0	0											
		年 月 日			男・女	0	0	0											
(宛先)知多北部広域連合長 上記のとおり高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 ( ) - 氏名 ㊟ 被保険者との続柄 ( )																			

※今回の支給以降、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給に際して、申請手続は不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。  
 ※給付制限を受けている方については、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給ができません。

上記の給付費等を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行 信用金庫 農協		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	フリガナ														
				2 当座	口座名義人														
委任欄	年 月 日 (被保険者) 住所 氏名 ㊟ 私は次の者を代理人として給付費等の受領に関する権限を委任します。 (代理人) 住所 氏名																		

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

保険者記入欄

区分	課税等の状況
1 単独	市町村民税課税状況
2 合算	(減免後の世帯の課税状況) 課税・非課税 老齢福祉年金の受給 有・無 生活保護の被保護者 該当・非該当

保険者		市町		
係長	係	課長		受付者