介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

令和　　年　　月

フリガナ						保険者番号				0	1	4	2	3	3
被保険者氏名						被保険者番号									
生年月日	年　月　日 生	性別		個人番号											
住所	電話番号														
該当月分の支払額合計	円														

		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				
	世帯員				

南幌町長　様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。
また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

年　　月　　日

氏名　　印

注意
・今回の支給以降、高額介護（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。
　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（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（予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

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			

町記入欄

区　分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備考
			無 給付割合	