

## 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号	4	4	2	0	3	8
被保険者氏名				個人番号						
				被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	被保険者番号					
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									
	世帯員									
※ご不明な項目は空欄で結構です。										
<p>中津市長 あて</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（請求）します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者（本人） 氏名 印 ※記入漏れ等があった際に連絡します。</p>										

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、支給金額は今回の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ください。（申請者と同名義）

口座振替 依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・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. 普通預金 2. 当座預金 3. 財形貯蓄 4. その他
口座名義人（カナ）				

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1. 単独		有 ・ 無 給付割合	
2. 合算			