

# 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ												
被保険者氏名	生年月日			性別	保険者番号				介護保険者の場合 被保険者の番号			
					4	3	2	0	5	4		
					個人番号							

生年月日	年	月	日	性別	個人番号	電話番号						
住所	〒											
世帯構成	氏名	生年月日	性別	介護保険者の場合 被保険者の番号								
				世帯主				個人				
世帯員												
熊本市水保市長様												
上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。												
（*）また、過誤調整などが発生した場合は、以降の高額介護（予防）サービス費で相殺することに同意します。												
年 月 日												
住所			電話番号									
申請者 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。

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
口座名義人（カナ）				4. その他			

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	
2 合算		給付割合	