

# 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

対象年月 令和 年 月

個人番号		保険者番号		4	3	2	0	5	4
フリガナ 被保険者氏名	-----	被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別							
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								
熊本県水俣市長 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。 令和 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（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 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	
2 合算		給付割合	