介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	2 6 2 1 0 5
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日		
住　　所			

		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				

八幡市長　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。

なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名　　本人との関係（　　）

※ ・今回の申請以降、高額介護（予防）サービス費の申請手続きは不要となります。
・保険料の滞納による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。
・支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

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 支所	店番
	種目	口座番号	フリガナ	
	1普通預金 2当座預金 3その他		口座名義人	

八幡市記入欄

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