

介護保険高額介護サービス費相当支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	052027				
	被保険者番号					
個人番号						
生年月日	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					
<p>能代市長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 本人との関係（ ）</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出来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。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 別	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 9. その他	
	フリガナ			
口座名義人				

市（町村）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			