

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

氏名	フリガナ			被 保 険 者 番 号			
				個 人 番 号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生			性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号						
該当月分の 支払額合計							
		氏 名	生年月日	性別	介護保険被保険者の場合 被保険者番号		
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
<p style="text-align: center;">鳥羽市長様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の自動支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>							

※ 給付制限をうけているかたについては、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。
 ※ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄		銀行 金庫 漁協 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 その他	
	口座名義人	フリガナ			

市町村記入欄

区分	領収書 確認欄	給付制 限状況	決 裁	課長	課長補佐	係長	主査	係
1 単独 2 合算		1 有 2 無						