

介護保険高額介護（介護予防）サービス費
介護保険高額総合事業サービス費

支給申請書

令和 年 月

フリガナ					保険者番号																				
被保険者氏名					被保険者番号																				
生年月日		年		月		日		生		性別				個人番号											
住所															電話番号										
該当月分の 支払額合計		円																							
		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																								
久慈広域連合長 様																									
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 高額総合事業サービス費 の支給を申請します。																									
年 月 日																									
住所 電話番号																									
申請者																									
氏名 印																									

注意

- ・給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費、高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。
- ・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費、高額総合事業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、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

高額介護（介護予防）サービス費、高額総合事業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		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	
	フリガナ					
口座名義人						

広域連合記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無 給 付 割 合	・利用者負担段階 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・登録番号
2 合算				