

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												
被保険者氏名				被保険者番号												
生年月日		年 月 日		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															
<p>(宛先) 愛西市長</p> <p>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、既に支給された高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等による支給額の減額の決定がされた場合、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 氏 名</p> <p>電話番号</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、支給金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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)															
	公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要となります。															
口座振替依頼欄	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										個人番号:					
	銀行 信用金庫 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						
フリガナ																
口座名義人																

愛西市記入欄

区分	世帯集約番号	領収証 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)