

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書  
( 年 月分)

フリガナ				保険者番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
				個人番号		
生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女	
住 所	〒			電話番号		
該当月分の 支払額合計	円					
世帯構成		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	
		世帯主				
世帯員						
津和野町長 様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(居宅支援)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名						

注意・給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)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)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要になります。また、支給金額は今回申請した口座に振り込まれます。

高額介護(居宅支援)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 協同組合	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					

町記入欄

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	