

様式第17号の2 (第29条関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(年 月)

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											
性 別		男・女		生年月日		明・大・昭		年 月 日							
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				男・女										
	世帯員				男・女										
					男・女										
					男・女										
<p>中新川広域行政事務組合 管理者 様</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 ()</p> <p>申請者 氏名 ㊟</p>															

注意・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、申請手続きは不要となります。

・給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

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												

保険者記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	