

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

平成 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	明・大・昭	年	月	日	個人番号				
住所	〒 電話番号 ( )								
		氏名	生年月日	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		年	月	日				
	世帯員		年	月	日				
			年	月	日				
			年	月	日				
志木市長 様									
<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>また、今後私の高額介護（介護予防）サービス費の支給に係る申請及び請求について、志木市介護保険担当課長に委任いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">印</p>									

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。

口座振込 依頼欄	金融機関等				本・支店名			種目	口座番号				
	銀行 信用金庫 農業協同組合				本店 支店 出張所				1. 普通預金 2. 当座預金 4. 貯蓄				
	金融機関コード				店舗コード								
	フリガナ												
	口座名義人												

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。

市記入欄

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	(所得分布の状況等を把握)