

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

年 月

フリガナ		保険者番号		2	3	2	2	8	0
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								
	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								
岩倉市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号									

(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下さい。

口座振替 依頼欄	金融機関名	支店名	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード							
	フリガナ								
	口座名義人								