

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	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 電話番号		
該当月分の支払額合計	円		
	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		
	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 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ください。

公金受取口座への振込を希望される場合は、口座振込依頼欄を記入せずに、「公金受取口座を利用します」をチェックし、個人番号欄にマイナンバーをご記入ください。

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。

口座振込依頼欄	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										
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します				個人番号							