

# 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													
生年月日		年 月 日生		性別											
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		介護保険被保険者の場合 被保険者番号							
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
(宛先) 野田市長 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日  住所 電話番号 申請者 氏名															

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。  
 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（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下さい。

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														

市（町村）記入欄

区分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無	
2 合算			給付割合	

