

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 日生				性別		男・女							
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														
	世帯員														
宮古島市長 様 上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 なお、すでに支給済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定 がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印 本人との関係()															

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(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。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 漁協・組合 金庫・他		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 9.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	給付制限状況	備考
1単独		有・無 給付割合	
2合算			