

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

令和 年 月

フリガナ				保険者番号	0 2 4 4 1 4			
被保険者氏名				被保険者番号	0 0 0 0 0			
個人番号								
生年月日	明・大・昭	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							
<p>三戸郡三戸町長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 - -</p> <p>氏名 印 本人との関係 ()</p>								

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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種別	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				

同意書

上記申請の給付を受けるにあたり、当該被保険者の支払状況について三戸町健康推進課が照会することに同意します。

氏名 _____