

# 介護保険 高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

年 月

**口座変更**

フリガナ				保険者番号		3	8	2	0	4	4	
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											
八幡浜市長 様 上記のとおり高額介護(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出来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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 協同組合	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	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			