

見本

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

被保険者氏名	タイナイ タロウ 胎内 太郎	保険者番号	1 5 2 2 7 2
生年月日	昭和11年2月3日	被保険者番号	
住所	胎内市新和町2-10	個人番号	
本人支払額	自己負担金額を記入してください。		
備考			

胎内市長 様

前のおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

8年 4月 ●●日

〒959-9999

申請者 住所 **胎内市新和町2番10号**

電話番号 **0254-43-6111**

氏名 **胎内 太郎**

個人番号
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

	氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合						
			被保険者番号		個人番号				
世帯構成	世帯主	胎内 太郎	昭和11年2月3日						
	世帯員								

- 注意
- 公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
 - 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。
 - ただし、公費負担医療の対象となってお残る利用者負担額に変更がある方については、給付制限を受けている方については、関係ない。

公金受取口座を利用する場合は☑してください。（口座の記入は不要です）

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 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。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫	本店 支店	目	口座番号
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する場合はこちらに☑してください。 通帳(見開き1枚目)の写しを添付してください。			
			2 当座預金 3 その他 ()	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	