

様式第29号（第28条関係）

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

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	性別	男 ・ 女			
住 所	〒					電話番号
該当月分の 支払額合計						
	氏 名	生 年 月 日	性別	被保険者番号（介護保 険の被保険者の場合）		
世帯 構成	世帯主					
	世帯員					
（あて先）胎内市長 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 〒 申 請 者 電話番号 氏 名 印						

注意・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ません場合があります。

・領収証を添付してください。

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座 振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店(所) 支店(所) 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 2 合算			有・無 給付割合	（所得分布の状況等を把握）