

介護保険高額介護（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			性別										
住所				電話番号										
該当月分の 支払額合計	円													
世帯構成	世帯主	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									
	世帯員													

一関地区広域行政組合管理者 様

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

申請者 住所 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ない場合があります。  
 ・ 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。

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 農協	本店 支店 支所	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1.普通口座 2.当座貯金 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	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	・ 年度市町村民税世帯課税状況：課税・非課税 ・ 老齢福祉年金受給の有無：有・無 ・ 被保護者（生活保護）該当の有無：有・無
受領委任希望者記入欄		受領委任：あり		氏名： 印