

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	1 2 2 1 0 1																	
被保険者氏名		被保険者番号																		
		個人番号																		
生年月日		性別																		
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																			
茂原市長 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でき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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (茂原市内の方のみ) ※公金受取口座への振込を希望する場合は、以下の振込先についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の振込先への振込を優先します。																		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下に金融機関情報を記入)																		
口座振替 依頼欄	銀行			本店			種 目	口 座 番 号											
	信用金庫			支店															
	信用組合			出張所			1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他												
	農業協同組合			本所															
金融機関コード			店舗コード																
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		有・無 給付割合	
2 合算			

