

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費・

高額介護(介護予防)サービス費相当事業支給申請書

		<input type="checkbox"/> 自動償還払いを希望しません										
フリガナ 被保険者氏名	個人番号											
	保険者番号		3 1 2 0 2 5									
	被保険者番号		0 0 0									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別									
住 所	〒 日中に連絡のつく電話番号											
		氏 名	生年月日	性別	介護保険被保険者番号							
世帯 構 成	世帯主	明大昭	・	・	0	0	0					
	世帯員	明大昭	・	・	0	0	0					
	世帯員	明大昭	・	・	0	0	0					
米子市長様 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・高額介護(介護予防)サービス費相当事業の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 日中に連絡のつく電話番号 印 ※自署の場合は、押印する必要はありません。												

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・高額介護(介護予防)サービス費相当事業の支給ができない場合があります。
 ・被保険者名義以外の口座への振り込みをご希望の場合は、別途委任状が必要です。

上記給付費について下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	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	普 通 当 座 其 他								
フリガナ 口座名義人											
<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。										

※米子市記入欄

区分	特定給付	給付制限 状況	備考												受付印	
単・合 []	有・無 []	有・無 /100	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
			年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
			年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	