

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 印 日中に連絡のつく電話番号 ※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 その他							
	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	