

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

フリガナ				被保険者番号		0 0 0						<input type="checkbox"/> 自動償還払いを希望しません							
被保険者氏名				生年月日		明・大・昭		年		月		日生							
住所																			
		氏名				生年月日				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									
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>日中に連絡のつく電話番号</p> <p style="text-align: center;">Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合は、押印する必要はありません</p>																			

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。

銀行 信用金庫 協同組合 ( )				本店 支店 出張所 ( )				預金種別		1. 普通 2. 当座 3. その他	
金融機関 コード		店舗 コード		口座 番号							
ゆうちょ銀行を ご指定の場合		記号		番号							
フリガナ											
口座名義人											
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します				個人番号							

※米子市記入欄

区分	特定給付	給付制限状況	備考
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