

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	3 0 2 0 6 7	
			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 電話番号				
	氏 名	性別	生年月日	被保険者番号 <small>※介護保険被保険者のみ記載</small>	
フリガナ 世帯主			大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ 世帯員			大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ 世帯員			大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ 世帯員			大・昭・平・令 年 月 日		
フリガナ 世帯員			大・昭・平・令 年 月 日		

田辺市長 あて

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

令和 年 月 日
住 所
申請者
氏 名 印 電話番号

注意・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

- ・口座名義人は、被保険者本人に限ります。
- ・今回の支給以降、高額介護（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（予防）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店・支店 支所 出張所	種 目	口座番号
	金融機関コード		店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
フリガナ 口座名義人				

保険者記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限情報	備 考

※この申請により取得した個人情報は、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取扱いいたします。