

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)

※太線のわく内を記入してください。

フリガナ		保険者番号		2 9 2 0 3 7	
被保険者氏名		被保険者番号		0 0 0 0	
		個人番号			
生年月日		年 月 日生		性別	
住所		〒		電話番号	
氏名		生年月日		性別	
世帯主				介護保険の被保険者の場合被 保 険 者 番 号	
世帯構成	世帯員				
(宛先) 大和郡山市長					
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。					
住所					
申請者 氏 名					
電話番号 ()					

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、支給金額は今回指定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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 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		1 普通預金				
					2 当座預金				
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	
2 合算		給付割合	

