

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		個人番号	
		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日		性別	
住 所	電話番号		
<p style="text-align: center;">那 賀 町 長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>			

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。

高額介護（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			種 目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ							
	口座名義人							

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	