

# 介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書の記入例

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 ( 年 )										介護保険被保険者証に記載された被保険者番号、氏名、生年月日、住所をご記入ください。										
フリガナ	ナガオカ タロウ			被保険者番号			0	0	0	0	9									
被保険者氏名	長岡 太郎			個人番号			1	2	3	4	5	6	7							
生年月日	昭和1年 1月 1日					性別		男 ・ 女												
住所	長岡京市開田1丁目1番1号										電話番号 075-955-2059									

当該月分の支払額合計												
氏名												
生年月日												
性別												
被保険者番号(介護保険の被保険者の場合)												
世帯構成	世帯主											
	世帯員											

申請日、高額介護(介護予防)サービス費を受けられる被保険者または申請されるご家族の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

長岡京市長 様  
 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請し  
 令和3年〇月〇日  
 住所 : 長岡京市開田1丁目1番1号  
 申請者  
 氏名 : 長岡 太郎 電話番号 (075)955-2059

(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)サービス費を支給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

口座振込 依頼欄	長岡京		銀行 信用金庫 信用組合				長岡京			本店 支店		種目	口座番号						
	金融機関 コード	9	9	9	9	店舗 コード	9	9	9	1. 普通預金	1		2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	ナガオカ タロウ																	
	口座名義人	長岡 太郎																	

市記入欄

区分	高額介護(介護予防)サービス費の振込先口座をご記入ください。(被保険者本人名義の口座が望ましいです。)
1単独 2合算	ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、従来の記号・番号ではなく、振込専用の「店番(3ケタ)」「預金種目」「口座番号(7ケタ)」をご記入ください。