

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)

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女						
住 所	電話番号										
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										

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ます。  
 年 月 日  
 住 所 :  
 申請者 氏 名 : 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(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	銀 行 信用金庫 信用組合			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 3. その他				
フリガナ											
口座名義人											

市記入欄

区分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考	(所得分分布の状況等を把握)
1単独 2合算			有 ・ 無 給付割合		