

# 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 月 日 )										
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
生年月日	昭和1年 1月 1日									
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										
世帯構成	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 令和〇年〇月〇日 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										

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。

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。

(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				本店			種 目	口 座 番 号							
	長岡京				長岡京				1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関 コード	9	9	9	9	店 舗 コード	9	9		9						
	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	
1単独	
2合算	

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。)

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。