

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 (令和 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	大・昭	年	月	日							
住 所	電話番号 ( ) —										
当該月分の 支払額合計											
	氏 名	生 年 月 日			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	大・昭 年 月 日									
	世帯員	大・昭 年 月 日									
		大・昭 年 月 日									
		大・昭 年 月 日									

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。

令和 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		