介護保険高額介護（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		保険者番号	２８３０１０
		被保険者番号	０００００
		個人番号	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生		
住　　所	〒 電話		

		氏　　名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

猪名川町長　様

上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

なお、すでに支払済みの高額介護(予防)サービス費について、過誤調整等により支給額の減免の決定がなされた場合、今回以降の高額介護(予防)サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。

年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号

氏　名　　本人との関係　（　　）

※データ入力の場合は、押印が必要です。

注意・給付制限を受けている方については、高額介護(居宅支援)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下さい。

口座振込依頼欄			銀行・信用金庫 信用組合・農協							本店・支店 出張所	
	種別	□ 普通預金 □ その他（　　）		口座番号							
	ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人										

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備　　考
1単独 2合算		有・無 給付割合	