

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ				申請年月日	令	和	年	月	日
被保険者氏名				被保険者番号	●	●	●	●	●
				個人番号	●	●	●	●	●
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒 電話番号 ()								
世帯構成	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					
世帯主		明・大・昭 年 月 日	男・女	●	●	●	●	●	●
世帯員		明・大・昭 年 月 日	男・女	●	●	●	●	●	●
		明・大・昭 年 月 日	男・女	●	●	●	●	●	●
		明・大・昭 年 月 日	男・女	●	●	●	●	●	●
遠軽町長 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。 住所 _____ 申請者 電話番号 _____ () _____ 氏名 _____ ⑨ (本人との関係 _____)									

- 注意
- 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
 - 給付制限を受けている方については、高額介護（予防）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。

口座振替	銀行 信用金庫 労働金庫 農協	本店 支店 出張所 支所	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 9 その他	●	●	●	●	●	●
依頼欄	フリガナ								
	口座名義人								

遠軽町記入欄

支給時の 確認事項	給付制限状況	保険料納付状況	その他	備考
	有・無 給付割合 %	未納保険料	有・無	利用者負担段階 合算対象 世帯分離・転居
		滞納保険料	有・無	