介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

令和　　年　　月

フリガナ			保険者番号		0 4 5 8 1 5
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	年　月　日　生	性別		個人番号	
住所	電話番号				

		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 個人番号
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

女川町長　須　田　善　明　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。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号

氏名

注意　・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
・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ください。

口座振替依頼欄	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 9．その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）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	