

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月分

フリガナ		保険者番号								
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	日生	性別		男・女		
住 所		電話番号								
該当月分の 支払額合計										
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								
世帯構成		世帯員								
岩泉町長 様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 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）サービス費の支給ができない場合があります。
 ・ 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、事務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。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 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	
			3 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	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無	
2 合算			給付割合	