

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ		カイ タロウ		個人番号	〇〇〇〇		
被保険者氏名		甲斐 太郎		被保険者番号	192104		
生年月日		明・大・昭 元年 1月 1日		性別	男 ・ 女		
住 所		〒400－0192 甲斐市篠原2610番地					
		氏 名	生年月日	性別	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	甲斐 太郎	明・大・昭 元年1月1日	男	192104		
	世帯員	甲斐 花子	明・大・昭 2年1月1日	女	192105		
			明・大・昭				
			明・大・昭				
			明・大・昭				

甲斐市長 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。

今後支給される高額介護(介護予防)サービス費は、下記口座に振り込んでください。

なお、市が私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況等を調査することに異議ありません。

令和 3 年 8 月 1 日

住所 甲斐市篠原2610番地

申請者
(被保険者)

電話 (055)278－1698

氏名 甲斐 太郎

印

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号							
			普通		1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード	店舗コード									
	〇〇〇	〇〇〇									
	フリガナ	カイ タロウ									
口座名義人(被保険者)	甲斐 太郎										

注・給付制限を受けている方については、支給できない場合があります。

- ・被保険者氏名、申請者、口座名義人の欄には同じ方を記入してください。
- ・郵便局の口座の場合は通帳の見開きのコピーを添付してください。