

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				個人番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日		明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住 所		〒					
		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		明・大・昭・平				
	世帯員		明・大・昭・平				
			明・大・昭・平				
			明・大・昭・平				
			明・大・昭・平				
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 年 月 日 住所 申請者 電話 () — (被保険者) 氏名 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								
	金融機関コード	店舗コード	普通									
		フリガナ										
	口座名義人 (被保険者)											

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。