

盛岡市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月分

盛岡市長 様

高額介護（介護予防）サービス費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者氏名 (被保険者氏名)		申請年月日	令和 年 月 日
申請者住所 (被保険者住所)	〒 電話		

フリガナ		保険者番号					0	3	2	0	1	1
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											
住所	〒 電話											
	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											
	世 帯 員											

- 備考 1 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には申請手続きが不要となります。
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。
- 2 当該月分の利用者負担額には、食費・居住費等、保険給付以外の利用者負担額は含まれません。
- 3 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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店(所) 支店(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											
受領委任	私の高額介護(介護予防)サービス費は、上記の口座へ振り込んでください。 申請者氏名(被保険者氏名) 印											

職員使用欄：【口座確認】☐通帳 ☐キャッシュカード ☐メモ ☐写真 ☐その他（ ）