

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ					被保険者番号		0	0	0												
被保険者氏名					個人番号																
生年月日		年 月 日			性別		男 ・ 女														
住 所		〒																			
		電話番号																			
		氏 名			生 年 月 日			性別		介護保険被保険者の場合 被保険者番号											
世帯構成	世帯主					男・女			0	0	0										
	世帯員					男・女			0	0	0										
						男・女			0	0	0										
						男・女			0	0	0										

宇治市長 あて
 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス（相当事業）費の支給を申請します。
 年 月 日
 住所
 申請者 氏名 被保険者との続柄 印 電話番号

注意・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス（相当事業）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（介護予防）サービス（相当事業）費の支給ができない場合があります。
 高額介護（介護予防）サービス（相当事業）費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		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						
					3 ()						
		フリガナ									
		口座名義人									

被保険者本人の口座への振込を原則とします。（本人以外の口座となる場合は委任状が必要です）
 市記入欄

受付印	受付者	備考