

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																		
住 所	〒																		
	電話番号																		
世帯構成		氏 名	生 年 月 日	介護保険被保険者の場合 被保険者番号															
		世帯主			0	0	0												
世帯員					0	0	0												
					0	0	0												
					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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 被保険者との続柄 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。

公金受取口座を利用します。

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