

介護保険高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費支給申請書

年 月分以降

フリガナ			保険者番号		
			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女	
住所	〒 電話番号 () -				
同一世帯の 要介護被保険者等	氏名	生年月日	性別	被保険者番号	
		明・大・昭 年 月 日	男・女		
		明・大・昭 年 月 日	男・女		
		明・大・昭 年 月 日	男・女		
<p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</p> <p>上記のとおり、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 () -</p> <p>申請者 氏名 ㊟ 被保険者との関係(続柄)</p>					

注意 ・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス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(予防)サービス費・高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(予防)サービス費・高額介護総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	店名	種目	口座番号	
	銀行・農協 信用金庫 信漁連	本店(所) 支店(所) 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		
	金融機関名	記号		番号	
	ゆうちょ銀行				
	口座名義人	(フリガナ)			

※ 被保険者と口座名義人が異なる場合には、下欄に署名・押印をお願いします。

受任者	住所	左記の者に、高額介護(予防)サービス費・高額総合事業サービス費を受領する権限を委任します。			
	氏名	㊟	委任者(被保険者)氏名		
	委任者との関係(続柄)		㊟		

保険者記入欄	給付制限等特記	申請登録	要件確認	申請受付	(組合受付印)
		世帯番号			

様式第 2 4 号 (第 2 5 条関係)