

介護保険 高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ				被保険者番号	0	0														
被保険者氏名				被保険者番号	0	0														
生年月日	年	月	日	電話番号																
住所	木曾郡																			
木曾広域連合長 様 高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 電話番号 申請者 氏名																				

		氏名	生年月日	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		年 月 日	0 0
	世帯員		年 月 日	0 0
			年 月 日	0 0

その他・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。

・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）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 支所 ()	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()	
	ゆうちょ銀行	記号 1	0 番号	1
	フリガナ			
	口座名義人			

木曾広域連合記入欄

区分	給付制限状況	生活保護	備考	処理日
1 単独 2 合算	有・無 給付割合 割	有・無		/