

記入例

介護保険 高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者氏名	広域 太郎	電話番号	0264 - 23 - 1050									
生年月日	昭和25年10月6日	住所	木曾郡木曾町日義4898番地37									
住	所	介護保険被保険者証に記載された氏名・被保険者証番号・生年月日・電話番号・住所をご記入ください。										
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。 令和7年10月6日 〒399-6101 住所 木曾町日義4898番地37 電話番号 0264 - 23 - 1050 申請者 氏名 広域 次郎（長男）												
申請される方の情報をご記入ください。												

		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	広域 太郎	昭和25年10月6日	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	世帯員	広域 花子	昭和26年4月1日	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0

同一世帯に要介護認定されている方がいる場合は、その方の氏名等の記入をお願いいたします。

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

ご希望の振込先口座をご記入ください。

金融機関コードと店舗番号は分かる方のみご記入ください。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込めます。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号									
	〇〇〇 信用金庫	△△ 支店		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()	0	1	2	3	4	5	6		
	農協	支所	()										
	金融機関コード	店舗番号	ゆうちょ銀行	記号	1	0	番号	1					
	()	()	フリガナ	コウイキ タロウ	ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、通帳見開きの左上に記載されている記号(5桁)と番号(8桁)をご記入ください。								
口座名義人	広域 太郎												

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		/