

高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

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

注意・今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業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相当事業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相当事業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	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		/