

介護保険高額介護（介護予防）サービス費 介護保険高額介護予防サービス費相当 支給申請書

フリガナ		保険者番号	172064
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
住所	〒		
	電話番号		
(あて先) 加賀市長 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費又は高額介護予防サービス費相当の支給を申請します。 過誤等による支給額の変更があれば、次回以降の支給により調整することに同意します。 令和 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 ㊟			

- 注 意 ・ 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費又は高額介護予防サービス費相当が支給される場合、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）サービス費又は高額介護予防サービス費相当の支給ができない場合があります。
 - ・ 介護保険料を滞納している方については、支給を保留する場合があります。

高額介護（介護予防）サービス費又は高額介護予防サービス費相当を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店	1 普通		
	支店	2 当座		
	出張所	9 その他		

いずれかを記入

ゆうちょ銀行	振込口座	店名	店番	種目	口座番号	フリガナ 口座名義
	※通常口座				1 普通	
2 当座						
		通帳記号		通帳番号（右詰で記入）		
		3 通常貯蓄貯金		の		

※『通常口座』欄は『振込口座』が不明の場合のみ記入して下さい

市記入欄

処理	入力	備考