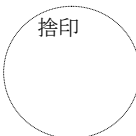


介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号				0	1	2	1	6	1
被保険者氏名				被保険者番号		0	0	0	0				
生年月日	MTS	年	月	日生	性別	男・女							
住所	〒 電話番号												
		氏名	生年月日	性別	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		・	・	0	0	0	0	0				
	世帯員		・	・	0	0	0	0	0				
			・	・	0	0	0	0	0				
			・	・	0	0	0	0	0				
芦別市長 様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号													
芦別市長 様 上記の申請金額の受領を _____ に委任します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印													

注意・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給されている場合、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）サービス費の支給ができない場合があります。



高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

受領方法	1 口座振替 2 現金（市役所内指定金融機関）												
口座振替依頼欄	金融機関名				種目		口座番号						
	銀行	本店	1	普通預金									
	(労働・信用)金庫	支店	2	当座預金									
	信用組合	出張所	3	その他									
	金融機関コード				店舗コード								
	フリガナ												
	口座名義人												

市記入欄

区分	給付制限状況	備考											受付者印
単 独 合 算	有・無 給付割合												

