

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

被保険者氏名	フガナ	保険者番号	福津市	4	0	2	2	4	8
		個人番号							
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 福津市								
	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号					
世帯構成	世帯主	年 月 日	男・女						
	世帯員	年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
福津市長様									
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。なお、当該申請に関する支給を行うために、保険者が要件に該当するかについての確認を、公簿にて行うことに同意します。									
令和 年 月 日 申請者（被保険者本人） 〒 ー									
住所					電話番号 ()				
氏名									
申請代行者（代理人） 〒 ー									
住所					電話番号 ()				
氏名 被保険者との続柄 ()									

※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。
 ・通帳のコピー（名義人、口座番号、支店の記載があるページ）をお持ちください。

口座振込 依頼欄	銀行等	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号（右詰め）				
		金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
※本人名 義の口座 を記載願 います。	ゆうちょ銀行 （郵便局）	通帳記号			通帳番号（右詰め）				
	フガナ 口座名義人	1	0	の					

福津市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	