介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(平成　　年　　月分)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	2 5 2 0 2 3
		被保険者番号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女
住　　所	〒 電話番号		
該当月分の 支払額合計	円		

		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				
	世 帯 員				

彦根市長　　様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護(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　　電話番号

氏　名　　印

注意　・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。

・この申請書の裏面に領収書を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種　目	口 座 番 号
	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	
	フリガナ 口座名義人			

彦根市記入欄

区　分	世帯番号	領収書 確認欄	給付制限 状　況	備　　考 （所得分布の状況等を把握）
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	