

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

※太枠内を記入してください

フリガナ			保険者番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日		性別	個人番号		
住所	電話番号				
	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	
				個人番号	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
北塩原村長 宛 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名					

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（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（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（予防）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 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種 別	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	
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	