

**【申請に必要なもの】**

・高額介護サービス費支給申請書(この様式)

・振込先の通帳(写し)

※振込先が被保険者本人以外の口座の場合は、受領に関する「委任状」も必要です。

**記入例**

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

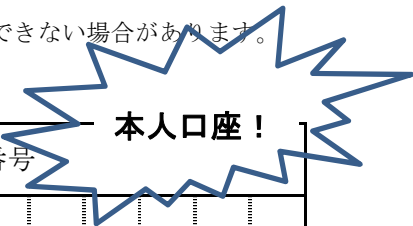
		保険者番号		4	6	3	9	2	7				
フリガナ	サツマ タロウ		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	薩摩 太郎		個人番号										
生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日												
住 所	〒895-1803 電話番号 53-1111 さつま町宮之城屋地1565番地2												
世帯構成	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合 被 保 険 者 証 番 号										
	世帯主	薩摩 太郎	S10.1.1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	世帯員	薩摩 花子	S16.2.2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
さつま町長 様 上記のとおり、高額介護サービス費の支給を申請します。 なお、支給の決定に関して、申請に関する事実を介護サービス事業者を確認することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 さつま町宮之城屋地1565番地2 氏名 薩摩 太郎 電話番号 53—1111 代理人 電話番号 —													

注

- この申請書に対する支給の決定があった場合には、次回以降、高額介護サービス費の支給についての申請手続きは不要になります。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、高額介護サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	さつま	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 薩摩 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	1	2	3	4	5	6	7
	9	9	9	9	1	1	1	2 その他				
	フリガナ	サツマ タロウ										
口座名義人		薩摩 太郎										



町記入欄

区分	世帯番号 集約	給付制限 状況	備 考
			(所得分布の状況等を把握)
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	