介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（　　年　　月利用分）

フリガナ		保険者	横手市	0 5 2 0 3 5
被保険者氏名		被保険者番号		
		個人番号		
生年月日	大・昭　　年　　月　　日	性別		
住所	〒　　－ 電話番号			

横手市長　あて

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　電話番号

（申請者が被保険者本人以外の場合）本人との続柄

振込先の口座	第一口座（原則本人名義）	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
		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			
	第二口座（家族・身元引受人等）	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
		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			

（注）

1 今回の申請以降、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第一口座に振り込まれます。

2 今回の申請以降、口座解約等の事由により第一口座に振り込むことができない場合には、第二口座（家族や身元引受人等の口座）へ振り込まれます。

3 給付制限を受けている方は、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。

横手市記入欄	添付書類 □　口座が確認できるもの	滞納　□　あり　□　なし 給付制限　□　あり　□　なし	《入力者印》	《窓口受付印》
	備考			