

高額介護・介護予防サービス費支給申請書兼振込口座登録 (変更) 届出書

フリガナ					保険者番号					1	3	2	1	4	2
被保険者氏名					被保険者番号										
					個人番号										
生年月日	年 月 日生														
該当月	年 月 分														
住 所	〒 ー				電話番号										
	(家族等連絡先住所・氏名) 〒 ー				家族等氏名 電話番号										
	氏 名	生年月日	被保険者番号	個人番号											
同一世帯内の介護保険被保険者															
<p>国分寺市長 殿</p> <p>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。</p> <p>なお、今後市が、公簿等により毎月初日の世帯の状況を確認し、高額介護・介護予防サービス費に該当した場合には、特別な申出が無い限り下記口座に振り込むことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 (被保険者)</p> <p>氏名 印 電話番号</p>															

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ません場合があります。

高額介護・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 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 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 (被保険者)						