

様式第 15 号(第 14 条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書														
年 月														
フリガナ				被保険者番号										
被保険者名				個人番号										
生年月日	年	月	日生	男 ・ 女										
住 所	〒 電話番号													
該当月分の 支払額合計				自己負担額										
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													
<p style="text-align: center;">阿蘇市長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり高額介護サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>														
<p>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。</p> <p>・ 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。</p>														
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 込	銀 行	本 店			種 目	口 座 番 号								
	信用金庫	支 店												
	信用組合	出張所												
依 頼 欄	金融機関コード			支店コード			1 普通預金							
							2 当座預金							
							3 その他							
ゆうちょ銀行								-						
フリガナ														
口座名義人														
市記入欄														
区 分	世帯集約番号			給付制限状況				備 考						
1 単独				有 ・ 無										
2 合算				給付割合										