決裁	課　長		担当長	担　当

介護保険高額介護（介護予防）サービス費
総合事業高額介護予防サービス費（相当事業）　支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号					2	6	2	0	3	0
		被保険者番号										
個人番号												
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男　・　女									
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
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

綾部市長　様

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。

また、高額介護サービス費等支給決定のために必要があるときは、私及び世帯員の課税状況・収入状況について、貴市長が税務当局等に報告を求めることを同時に同意します。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号

氏名

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。

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。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 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			

領収を代理人に委任される場合は、この欄に記入ください。

委任欄	上記高額介護（介護予防）サービス費の領収を　　に委任します。 令和　　年　　月　　日 申請者　　㊞

綾部市記入欄

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	（所得分布の状況等を把握）