

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	()
被保険者住所			
介護サービスを利用している他の世帯員氏名（世帯合算者氏名）			

荒尾市長 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。なお、本申請の審査のために必要な課税情報、世帯情報、老齢福祉年金情報を開示することに同意します。また、支給される給付費の受取については、下記の口座に振込みを依頼します。

年 月 日

申請者 住所 _____ 電話番号 () _____

氏名 _____

署名又は記名押印

金融機関名	銀行 信用金庫 組合		本店 支店 出張所
金融機関コード		店舗コード	
種 目	1 普通 2 当座	口座番号（7桁）	
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		
口座名義人と被保険者の関係	本人	その他（被保険者の ）	

送付先が被保険者住所と異なる場合は、送付先住所等をご記入ください。なお、申請者住所と同じ場合は「申請者住所と同一」を○で囲んでください。

送付先住所	申請者住所と同一		
	〒 -		
送付先氏名	フリガナ		電話番号
	氏 名		()

* 添付資料 介護保険被保険者証の写し 預金(貯金)通帳の写し