

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

(年 月分)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																	
	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					
該当月分の 支払額合計	円																	

市川市長

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。

年 月 日

住所

申請者 氏名

印 電話番号

注意 ※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下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 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			-----														

市川市記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考			
				(所得分布の状況等を把握)			
1 単独			有・無				
2 合算			給付割合				