様式第12号(第19条関係)

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		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年　月　日生	性別	男・女
住所	〒　電話番号		
該当月分の支払額合計	本人との関係(　　)		

		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				

米原市長　　様

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

申請者　住所
氏名　　㊞　　電話番号

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、申請手続は不要となります。また、支給金額は今回申請した指定の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ない場合があります。

高額介護(介護予防)サービス費を次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	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
1単独 2合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)