様式第32号(第23条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ / 被保険者氏名		保険者番号	０７２０９０
		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（　　）　—		

		氏名	生年月日	性別	介護保険被保険者の場合被保険者番号
世帯構成	世帯主		明・大・昭・平 ・ ・	男・女	
	世帯員		明・大・昭・平 ・ ・	男・女	
			明・大・昭・平 ・ ・	男・女	
			明・大・昭・平 ・ ・	男・女	

相馬市長

上記のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。

なお、すでに支給済みの高額介護（予防）サービス費について、過誤調整等により支給の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。

年　月　日

申請者　住所　　電話番号

　　　　氏名　　本人との関係（　　）

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。

高額介護(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 / 組合	本店 / 支店	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	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	