介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書兼 高額介護予防・生活支援サービス費支給申請書

（新規・変更）

個人番号											

被保険者名	被保険者番号
フリガナ	
	生年月日
	年　月　日

被保険者住所

市　町　丁目　番　号
番地

電話番号（　　）　―

連絡先（この申請についての問合せに対応できる方を記入してください。）

□上記住所と同じ

市　町　丁目　番　号
番地

名前　（続柄：　　）　電話番号（　　）　―

福山市長様

高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防・生活支援サービス費の支給を申請します。

なお，この申請に関して，私の世帯の所得，課税状況及び年金収入金額並びに老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無に関する内容について調査することに同意します。

また，支給に際しては，次の口座に振り込んでください。

年　月　日

申請者（被保険者）　名前

振込口座	金融機関名	本・支店（所）名	預金種別	口座番号（右づめで記入）
	銀行：労働金庫 農協：信用金庫 漁協：信用組合	本店（所） 支店（所） 出張所	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他	
	ゆうちょ銀行の場合	貯金種目	通帳記号	通帳番号（右づめで記入）
		5 通常貯金（通常） 6 振替貯金（振替） 7 通常貯蓄貯金（通貯）		
口座名義人カナ（被保険者）	※カタカナで記入してください。			

【注意】

1 申請は初回のみとし，以降，高額介護（介護予防）サービス費等が支給される場合，申請手続は不要です。
なお，振込通知は，高額介護（介護予防）サービス費等が支給される月にのみ行います。

2 指定された口座など，申請書の記載内容について変更のある場合は，再度申請書の提出が必要となります。

3 所得の申告等による世帯課税状況の変更に伴い，支給額に変更が生じる場合があります。その場合は，別に申請書の提出が必要になります。

4 高額介護（介護予防）サービス費等の支給があった後に，事業所の請求誤り等により支給額に変更が生じた場合は，返還を求めることがあります。

5 給付額減額の措置を受けている方は，その期間中の利用分については，高額介護（介護予防）サービス費の支給を受けることができません。

申請書提出者	受付		受付印
□ 本人・家族　事業所名	□ 介護保険課	担当者名	
□ 事業者・施設	□ 高齢者支援課		
□ その他　名前	□ 支所		