

介護保険高額介護 (介護予防) サービス費支給申請兼請求書  
( 年 月)

フリガナ		保険者番号								4	4	2	1	1	1
被保険者氏名		被保険者番号													
生年月日	年 月 日	個人番号													
住所	〒 電話番号														
	氏 名	生年月日	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号および個人番号												
世帯構成	世帯主	被保険者番号													
		個人番号													
	世帯員	被保険者番号													
		個人番号													
	世帯員	被保険者番号													
		個人番号													
	世帯員	被保険者番号													
		個人番号													
宇佐市長 宛て 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 (請求) します。 年 月 日 申請者 住所 (請求者) 氏名 電話番号 代筆者氏名 (申請者との続柄) 代筆者 代筆者住所 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) サービス費を下記の口座に振り込んでください。

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															

宇佐市長様

についての高額介護 (介護予防) サービス費の振込先については、上記に振込のこと承諾します。

氏名 :

市記入欄

状態区分	要支援・要介護	世帯区分	単独・合算											
世帯の利用者負担 上限額 (A)	本人支払額(B) 世帯全体支払額(C)		本人の利用者負担上限額 (A×D)	高額サービス費 (給付決定額) (B-E)										
44,400円 37,200円 24,600円 15,000円		(D)	円 (E)	円										
			老齢福祉年金 (本人) 有・無											