

様式第 15 号(第 14 条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書												
年 月												
フリガナ					被保険者番号							
被保険者名					個人番号							
生年月日	年	月	日生	男 ・ 女								
住 所	電話番号											
	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											
<p>阿蘇市長 様</p> <p>上記のとおり高額介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>												
<p>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、申請手続きは不要となります。</p> <p>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。</p> <p>・ 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。</p>												
<p>高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。</p>												
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所		種 目	口座番号							
	金融機関コード		支店コード		1 普通預金							
					2 当座預金							
					3 その他							
フリガナ												
口座名義人												
市町村記入欄												
区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考									
1 単独		有 ・ 無										
2 合算		給付割合										