

様式第 16 号(第 17 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															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女														
住所	〒 TEL																		
該当月分の支給額合計																			
	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																		
(宛先)湖西市長 上記のとおり、関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) TEL																			

注意 ・ 給付制限を受けている方は、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ください。

口座振込 依頼欄					種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード							
	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	本人支払額	一部負担額	支給決定額
	1 単 2 合 算			有・無 給付割合			

世帯非課税 課税世帯