介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フ リ ガ ナ		保険者番号	1 5 3 8 5 8
被保険者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日		性　　別	
住　　所	〒		

阿賀町長　　宛

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。

年　　月　　日

住所

申請者

氏名　　㊞　　電話番号

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。支給金額は今回ご指名いただいた口座へ振り込みいたします。

・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。

振込み希望口座

口座振込依頼欄	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 出張所 支所	種目 1　普通 2　当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

委任状

※本人名義以外の口座を希望する場合は必ず記入して下さい。

高額介護（予防）サービス費の受領を下記の者に委任します。

（１）口座名義人　　年　　月　　日

住所

氏名　　㊞

（２）委任者（本人）　　㊞