

介護保険高額介護（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	明・大・昭 年 月 日	性 別	男・女
住 所	電話番号（ ） —		
刈 谷 市 長 上記のとおり申請します。  令和 年 月 日 申請者 住 所 ..... 氏 名 ..... 相続人代表 ..... 電話番号（ ..... ） .....			

備考 1. 今回の支給以後に、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合は、今回申請した指定口座に振り込まれます。毎月の申請は不要です。指定口座を変更する場合は長寿課までご連絡ください。  
2. 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。  
~~※被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合は委任状が必要になります。~~

<ゆうちょ銀行以外の金融機関>

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

<ゆうちょ銀行>

口座振替 依 頼 欄	ゆうちょ銀行	記 号	口座番号
		1      0	
	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 2 合算		有・無 給付割合 割	サービス利用月：