

様式第28号（第22条関係）

滝沢市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	0 3 2 1 6 9				
被保険者氏名		被保険者番号					
		個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女				
住所	〒						
	電話番号						
	氏名	生年月日	性別	介護保険被保険者の場合 被保険者番号			
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
滝沢市長 様 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します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 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、申請手続きは不要となります。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下さい。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店（所） 支店（所） 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							
受領委任	上記、高額介護（介護予防）サービス費の受領の権限を _____ に委任します。 被保険者氏名 印							

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考 (所得分布の状況等を把握)
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	