

様式第9号の2(第12条関係)

介護保険 高額介護(介護予防)サービス費 支給申請書  
( 年 月分)

※太線のわく内を記入してください。

フリガナ				保険者番号				2	9	2	0	3	7	
被保険者氏名				被保険者番号	0	0	0	0						
				個人番号										
生年月日	年	月	日生	性別	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													
(宛先) 大和郡山市長														
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
住所														
申請者氏名												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、支給金額は今回指定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ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 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										
	フリガナ 口座名義人												

※市記入欄

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	