

市町村受付印

広域連合受付印

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

※太枠内を記入して下さい。

フリガナ		保険者番号				
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住 所	〒					
	電話番号					
該当年月	年 月	該当年月分の 支払額合計	円			
	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					
<p>沖縄県介護保険広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 (本人又は家族) 氏名 印 被保険者との続柄</p>						

注意 ・ 今回の支給申請以降、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。
 ・ 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。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 金庫・漁協	本店 支店 支所 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				
	フリガナ						
	口座名義人						

市町村・広域記入欄

	市 町 村			広 域 連 合		備 考
	区 分	世帯番号	申請内容確認	電算入力処理	給付制限状況	確 認
担当者印	1. 単独		・	・	有 ・ 無 給付割合	
	2. 合算					