

介護保険 高額介護 (介護予防) サービス費支給申請書兼口座振替依頼書

			申請区分		新規・変更	
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別		男・女	
平日昼間に連絡がとれる方の連絡先	氏名 電話番号		(本人との関係： (自宅・携帯・勤務先)			
豊島区長 介護保険高額介護 (介護予防) サービス費の支給を申請します。決定金額は以下の口座に振り込んでください。 平成 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号						
振込先口座	(振込先金融機関)		銀行 信用金庫 信用組合 農 協		(支店名) 本店 支店	
	(預金種目) 普通・当座		(口座番号)			
	口座名義人		(フリガナ) ----- (名 義)			

捨印

※太枠内に必要事項を記入し、必ず申請者欄と太枠右の捨印欄に押印してください。
 ※申請者は被保険者本人となります (相続または後見人の場合を除く)。後見人が申請する場合は、後見人であることを証明する書類のコピーを添付してください。
 ※今回の申請後、新たに支給対象分が判明した場合は、その都度、上記指定口座に振り込みます。

介護給付担当使用欄

受付	入力	確認

備考欄

受付印欄