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 被保険者氏名				個人番号 （マイナンバー）	
				保険者番号	402206
生年月日		性別		被保険者番号	

同一世帯の介護保険被保険者（世帯合算対象者）	氏　名	生年月日	介護保険被保険者番号

宗像市長　あて　　令和　　年　　月　　日

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。今後、私に支払われる高額介護（介護予防）サービス費については、支給決定額を下記の口座に振り込んでください。

また、既振込み分の給付費について減額決定がなされ、その後に調整できる高額介護（介護予防）サービス費がある場合は、支給額を調整することを同意します。

申請者（被保険者又は相続人）

住　所

氏　名　　電話番号

届出者　〒

住　所

氏　名　　電話番号

被保険者との関係

□家族（続柄：　　）　□ケアマネジャー　□その他（　　）

振込先					
	銀行 農協 信用組合 信用金庫 漁協	本店 支店 出張所 店	種　目	口座番号	
			1　普通 2　当座		
	フリガナ 口座名義人				

注意　・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。
・この申請により、高額サービス費に該当すればその月毎に支給されますが、世帯合算対象者や振込み先等に変更がある場合は、再申請してください。（該当しない場合の通知はいたしません。）

宗像市記入欄　　算定年月：　　年　　月より審査開始

申請	利用者負担段階	備考	受付者
・初回 ・再申請 変更内容：	第4段階（現役Ⅲ） 第4段階（現役Ⅱ） 第4段階（現役Ⅰ） 第4段階（一般） 第3段階 第2段階 第1段階		