

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	第5段階		
・再申請	第4段階		
変更内容：	第3段階		
	第2段階		
	第1段階		