

様式第16号(第20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）

フリガナ		保険者番号		1 1 2 3 2 6	
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		年 月 日生			
住所		〒 電話番号 ()			
		氏名	生年月日	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				
久喜市長 あて 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。 平成 年 月 日 申請者 住所 電話番号 () 氏名					

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、支給金額は今回申請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 信用組合	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 3その他		
	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 (所得分布の状況等を把握)
1単独 2合算		有・無 給付割合	