

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							
			個人番号							
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。 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）サービス費を次の口座に振り込んでください。

（被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途委任状が必要です。）

(1)  振込口座を指定する。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 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									

(2)  公金給付支給等口座を利用する。

※公的給付支給等口座を利用する場合は、口座振込依頼欄への記入は、不要です。