

介護保険高額介護予防サービス費相当事業支給申請書

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号		1	5	2	2	6	4
				被保険者番号							
生年月日		性別		個人番号							
住 所	〒										
該当月分の 支払額合計	年 月分			円							
(あて先) 南魚沼市長 上記のとおり、高額介護予防サービス費相当事業の支給を申請します。 年 月 日											
										電話番号	
申請者 (被保険者) 氏名										()	

注意・2回目の支給以降は、申請が不要です。

- ・下欄に記入した口座に振り込まれます。※ゆうちょ銀行もご利用いただけます
- ・給付制限を受けている方には、支給できない場合があります。

高額介護予防サービス費相当事業を、下記の口座に振り込んで下さい。

ゆうちょ 銀行以外の 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号 (右づめで記入)
		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				

ゆうちょ 銀行	通帳記号	通帳番号 (右づめで記入)
	1 0	
フリガナ		
口座名義人		

高額介護予防サービス費相当事業の受領を_____に委任します。

氏 名 (被保険者) _____

備 考	
-----	--