様式第31号（第22条関係）

高額介護サービス費等支給申請書

年　　月

フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日			
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 個人番号
世帯構成	世帯主			
	世帯員			

いなべ市長　宛て

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号

氏名

注意　給付制限を受けている方については、高額介護（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（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			種別	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）記入欄

区分	世帯集約番号	領収証確認欄	給付制限状況	備　考
1単独 2合算			有・無 給付割合	