

第33号様式（第23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												
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号												
		個 人 番 号												
生 年 月 日		年		月		日								
住 所		〒 電話番号												
		送付先（上記と同じ場合は不要） 〒 電話番号												
		送付先氏名					続柄							
該 当 月 分 の 支 払 額 合 計														
		氏 名			生年月日			介 護 保 険 の 被 保 険 者 の 場 合 号				被 保 険 者 番 号		
世帯構成	世帯主													
	世帯員													
<p>（宛先）江別市長</p> <p>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。</p> <p>また、既に支給済の高額介護（介護予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、以降の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所 申請者 氏名</p>														

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						
							2 当座						
フリガナ													
口座名義人													

※ 以下の欄は記入しないでください。

市記入欄

区 分	世帯集約 番号	領 収 書 確 認 欄	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	