

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月 日

（宛先）金沢市長

高額介護（介護予防）サービス費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0	個人番号	
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	住 所	〒 — (電話) — —		

申請者が被保険者本人である場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者 氏名		連絡先	
申請者 住所		本人と の関係	

上記の高額介護（介護予防）サービス費は、下記の口座に振込んでください。

振 込 口 座	金融機関	(金融機関名)		
		(支店名)		
	預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 納税預金 4. 貯蓄預金	口座番号	: : : : :
口座名義人	(フリガナ)			
	(漢字)			

注意 本人名義の口座を指定してください。

確 認 欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()	代理	法定・委任状・本人発行
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・()		