

高額介護（予防）サービス費（年間上限分）等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（記入例）

申請対象年度	平成 29 年度
--------	-----------------

フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生	性別	男	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
氏名	広域 太郎						試算期間の始期及び終期	平成29年8月 ~ 平成30年7月									
介護保険資格情報																	
保険者番号	被保険者番号				保険者名称				加入期間								
4 1 2 0 1 5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				佐賀中部広域連合				平成29年 8月 1日から 平成30年 6月 3日 まで								
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号				フリガナ	コウイキ タロウ					
1. 窓口払い 2. 口座振込			0 0 0 ※	本店 支店 出張所			1 2 3	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	広域 太郎						

佐賀中部広域連合長 様

① 上記対象者について、高額介護（予防）サービス費（年間上限分）等の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

平成30年11月1日

郵便番号 ▲▲▲-▲▲▲▲ 住所 ○○県××市◆◆町□□番地

申請者 氏名 広域 太郎

電話番号 ※※※※-※※-※※※※

記入日を記入してください。

認印を押印してください。

-

