

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
(年 月)

フリガナ				保険者番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日		年	月	日	生	性別
住所		電話番号				
当該月分の支払額合計		円				
		氏	名	生年月日	サービス利用の有無	介護保険の被保険者の場合被保険者番号
世帯構成	世帯主				有・無	
	世帯員				有・無	
					有・無	
					有・無	

※サービス利用月の初日の世帯構成員をお書きください。

福岡県介護保険広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。
なお、申請にあたり、私及び属する世帯員の所得状況の調査の必要がある場合、それに同意します。

申請日 年 月 日

住所 電話番号

申請者（本人） 氏名 印

届出者 氏名 （本人との関係： ） 電話番号

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	金融機関名		支店名	種 目	口座番号
	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				

※被保険者本人の口座を記入してください。

福岡県介護保険広域連合 市町村 記入欄

区分	給付制限状況	(市町村民税課税状況等) (年 月 日現在)	利用者負担段階
単 独 合 算	(償還・差止・給付率・無)	☐ 市町村民税課税世帯	
		☐ 市町村民税非課税世帯	支払金額（決定額）
		(☐ 80万円超 ☐ 80万円以下等 ☐ 老齢福祉年金受給者)	
		☐ その他（境界層）	円

※添付書類 ☐ の中にチェックを入れてください。 ☐ 領収書（兼明細書） ☐ 通帳の写し