

介護保険 **（高額介護(介護予防)サービス費
高額介護予防サービス費相当事業費）** 支給申請書

(あて先)
札幌市 区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
被保険者住所	〒 電話番号		
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

費目	・高額介護サービス費	・高額介護予防サービス費	・高額介護予防サービス費相当事業費
世帯構成	氏名	生年月日	性別 介護保険被保険者番号
	世帯主	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
利用月	年 月利用分		
本人分負担金額合計	円		
世帯負担金額合計	円		

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人氏名			
	名義人住所			

注意：給付制限を受けている方については、支給できない場合があります。

区役所記入欄

区分	支払方法変更	領収証確認	世帯合算確認	備考
1. 負担割合 1割	有・無			□個人番号確認
2. 負担割合 2割	保険給付差止			
3. 負担割合 3割	有・無			
4. 給付額減額 3・4割				