盛岡北部行政事務組合管理者　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。

　　　　　年　　　　月　　　　日

住所

氏名

（電話番号　　　　　 　　　　　　）

金融機関口座への振り込みを希望

本　 店

支 店

出張所

ゆうちょ銀行の場合

私の高額介護（介護予防）サービス費は上記の口座へ振り込んでください。

窓口での受け取りを希望（受け取りを希望する場所を○で囲んでください。）

※

受け取り期日は、後日お知らせします。

（注）

太枠線内の必要事項を記入してください。

今回の申請以降、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。

保険者記入欄

被保険者番号

保険者番号

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）

被

保

険

者

フリガナ

氏　名

フリガナ

〒

生年月日

明・大・昭　　年　　月　　日

性　別

男　　・　　女

住　所

申請者

1

口座振替

依頼欄

銀　 行

種　　　目

信用金庫

1　普通　　　2　当座　　　3　その他

農　　協

（※被保険者と口座名義人が異なるとき

に、記入押印してください。）

口座番号

口座名義人

岩手町役場

1

口座名義人の住所

受領委任

被保険者氏名

区　分

世帯番号

給付制限状況

2

受取窓口

八幡平市役所　（本庁　・　西根　・　安代）

葛巻町役場

様式第32号（第22条関係）

備　　　　考

□　単独

有　・　無

□　合算

2

3

個人番号