

第17号様式 (第10条関係)

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

フリガナ	カイゴ タロウ		保険者番号	2 4 2 0 2 4												
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号				1	2	3	4	5	6	7			
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
			生年月日 明・大・ 昭 13 年 5 月 20 日生													
住所	四日市市諏訪町1番5号															
四日市市長 上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。 令和 3 年 4 月 1 日																
申請者 (被保険者本人)	住所	四日市市諏訪町1番5号														
	氏名	介護 太郎										電話番号	059-354-8190			

- 注意
- ・ 給付制限を受けている人については、高額介護サービス費等の支給が制限されます。
 - ・ 次回からの申請手続きは不要です。また、支給金額は今回申請書に記載の金額となります。
 - ・ 振込口座を変更する場合は、別途変更申請が必要です。
 - ・ 太枠内のみ記入して下さい。

申請者と口座名義人は同じ人を記入してください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	本・支店名		種目	口座番号
	○△銀行	四日市支店			
	金融機関コード	店舗コード			
	種目	口座番号			
上記申請者の 名義の口座を 記入してくだ さい。	フリガナ	カイゴ タロウ			
	口座名義人	介護 太郎			

※ゆうちょ銀行および郵便局の口座への振込みは、ゆうちょ銀行の通帳に記載されている振込用の店番、口座番号を記入してください。

【提出・問い合わせ先】

〒510-8601 三重県四日市市諏訪町1番5号

四日市市役所 介護保険課 059-354-8190 (FAX 059-354-8280)