

石狩市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
		生年月日	年 月 日																	
上記被保険者と同一世帯の者	氏名	被保険者番号																		
		個人番号																		
		生年月日	年 月 日																	
	氏名	被保険者番号																		
		個人番号																		
		生年月日	年 月 日																	
	氏名	被保険者番号																		
		個人番号																		
	生年月日	年 月 日																		
<p>石狩市長 様</p> <p>上記のとおり、高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私及び私の属する世帯の世帯員の所得状況について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>申請者 (被保険者本人) 氏名 電話番号 () -</p>																				
<input type="checkbox"/> 高額介護（介護予防）サービス費を下記口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 高額介護（介護予防）サービス費の支給口座を下記口座に変更願います。																				
口座振込依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通預金 当座預金 ()	口座番号																
	フリガナ																			
	口座名義人																			