

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書

フリガナ		-----		保険者番号															
被保険者氏名				被保険者番号															
				個人番号															
生年月日		年 月 日生		性別	男・女														
住 所		〒																	
		電話番号																	
		氏名	生年月日	性別	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																		
	世帯員																		
<p>海津市長 あて</p> <p>上記のとおり高額介護(居宅支援)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>																			

注意・今回の支給以降、高額介護(居宅支援)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(居宅支援)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(居宅支援)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所・出張所 代理店	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								

市記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限 状 況	備 考 (所得分布の状況等を把握)
1単独		有・無 給付割合	
2合算			