

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

令和 年 月

R元. 5.1

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		
			0 2 3 8 7 9	
生年月日 明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女	
住所 〒				
電話番号				
		氏名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主			介護保険の被保険者の場合 被保険者番号
	世帯員			
		中泊町長様 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号 ※ 口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記に記載・押印の上、受領委任してください。 (委任される者) 住所 氏名 印 私（委任する者）は、上記の者に高額介護（居宅支援）サービス費の受領を委任します。 住所 被保険者氏名 印		

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。

口座振替欄 依頼欄	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 漁協			種目 1普通預金 2当座預金 3その他	口座番号
	金融機関コード		店舗コード		
	フリガナ 口座名義人				

中泊町記入欄

区分	世帯識別番号	領収書確認欄	所得制限状況	備考		
1. 単独			有・無	(所得分布の状況等を把握) 課税・非課税		
2. 合算			給付割合	算定基準	円	支給額 円