

## 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				保険者番号		0 2 3 8 7 9	
被保険者氏名				被保険者番号			
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	
						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						
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 依頼欄	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 漁協		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										

## 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