

介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名		-----		保険者番号					
				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					
該当月分の 支払額合計									
		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								

〇〇市（町村）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。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

注意 ・ 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。

・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		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（町村）記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	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					