

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

No.

フリガナ				保険者番号	0 2 2 1 0 3				
被保険者氏名				被保険者番号					
				個人番号					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒 ー								
	氏名	生年月日			性別	被保険者番号 (資格取得者のみ)			
同一世帯内で 介護の資格を 持っている方		明治・大正・昭和			年	月	日	男・女	
		明治・大正・昭和			年	月	日	男・女	
		明治・大正・昭和			年	月	日	男・女	

平川市長 様

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。  
 なお、今後高額介護（居宅支援）サービス費の支給要件に達したときは、この申請書に  
 基づき支給くださるようお願いいたします。

年 月 日

住所 平川市

申請者

電話番号 ー

氏名

印

注意 ・今回の申請により、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ください。**

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

平川市記入欄

区分	領収書 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単独		有・無	区分（第1段階・第2段階・第3段階・第4段階以上）
2 合算	給付実績	給付割合	