

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

										区分		新規・変更				
フリガナ					保険者番号			1		4	3	4	1	2		
被保険者氏名					被保険者番号			0	0	0	0	0				
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			明・大昭・平		男・女		0	0	0	0	0				
	世帯員			明・大昭・平		男・女		0	0	0	0	0				
				明・大昭・平		男・女		0	0	0	0	0				
				明・大昭・平		男・女		0	0	0	0	0				
				明・大昭・平		男・女		0	0	0	0	0				

大磯町長様

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。今後支給される高額介護(居宅支援)サービス費は、下記口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

申請者 住所 〒 電話番号

氏名 _____ 印

住所と電話番号は被保険者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

高額介護(居宅支援)サービス費の支給に関して、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況を調査することに異議はありません。	同意する ☒ 同意しない ☐
---	---

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		☐ 本店 支店 支所 出張所		預金種別		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 9. その他					
	フリガナ									
	口座名義人									

- 注意
- 上記枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。
 - 郵便局への振り込みはできません。
 - 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。変更がある場合は改めて申請してください。
 - 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。
 - この申請書に記載された個人情報は他の目的に利用することはありません。

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			

受付印