

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書兼受領委任状

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号		0	1	3	9	2	0
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
サービスの提供を受けた介護保健施設の名称及び所在地	名 称								
	所 在 地								
サービスの提供を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	当該月分の 支払額合計	円				
世帯主	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					
	世帯員								
<p>寿 都 町 長 様</p> <p>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。 また、当該申請に基づく高額介護（居宅支援）サービス費支給申請及び受領に関する権限を下欄の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 (兼受領委任者) 氏名 印</p>									
受任者 (介護保険施設)	〒 住 所 名 称 代表者名 電話番号		印						

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ください。

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 2 合算			有 ・ 無 給付割合						