

(別記様式34)

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号	013623		
				被保険者番号			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	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						
<p>上ノ国町長様</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。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p>							

注意 一度申請いただくと、その後の申請は不要です。対象となった場合、自動的に高額介護サービスを支給します。ただし、口座番号など申請内容に変更があった場合は届け出が必要です。

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				

※口座は、原則として被保険者本人名義のものをご記入ください。また、郵便局はご利用いただけません。

町記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備考
1 単独			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)
2 合算				