

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2	8	2	1	2	9
		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	円								
	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								

赤穂市長様

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。

平成 年 月 日

住所
申請者
氏名

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ません場合があります。
 ・ この申請書の裏面に領収書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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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			

赤穂市記入欄

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	
2 合算			給付割合	