

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書

(年 月分)

フリガナ				保険者番号	3 9 4 0 3 1		
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日	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						
<p>越知町長 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。 なお、この申請に関し必要とする所得状況等を町長が調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 印</p>							

(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。
 ・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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 組合	本店(所) 支店(所) 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			

町記入欄

区分	世帯主集約 番号	領 収 証 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	