

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	4 0 6 2 5 6										
			被保険者番号											
			個人番号											
生年月日	大・昭 年 月 日		性別	男・女										
住所	〒													
	電話番号													
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	被保険者番号										
			大・昭 年 月 日	個人番号										
	世帯員		大・昭 年 月 日	被保険者番号										
			大・昭 年 月 日	個人番号										
			大・昭 年 月 日	被保険者番号										
			大・昭 年 月 日	個人番号										
		大・昭 年 月 日	被保険者番号											
		大・昭 年 月 日	個人番号											
		大・昭 年 月 日	被保険者番号											
		大・昭 年 月 日	個人番号											

みやこ町長 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。

年 月 日

届出者 住所

氏名 (本人との関係:)

電話番号

注意

- ・初回申請時より2年以上前の高額介護サービス費については請求権が時効消滅しています。
- ・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。
- ・振込口座の変更を希望する場合は届出してください。

口座振替 依頼欄	銀行協 銀 農 協	本店支店支	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1・普通預金	
	口座名義カナ		2・当座預金	

市町村記入欄

区分	給付制限 状 況	(市町村民税課税状況等)(平成 年 月 日現在)	利用者負担段階
単 独 合 算	償 還	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	段階 口座登録
	差 止	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以下等	
	給付率 無 し	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> その他(境界層)	

※添付書類

通帳の写し