介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ 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		

		氏　名	生年月日	介護サービス利用の有無	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		大・昭　年　月　日	有・無	
	世帯員		大・昭　年　月　日	有・無	
			大・昭　年　月　日	有・無	
			大・昭　年　月　日	有・無	
			大・昭　年　月　日	有・無	

みやこ町長　様

上記のとおり高額介護サービス費の支給を申請します。

令和　　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。
- **必ず通帳の振込先の確認できるページのコピーを添付してください（1枚めくったページです）。**

口座振替依頼欄	銀行 農協 金庫	本店 支店 支所	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	
	口座名義カナ			

市町村記入欄

区分	給付制限状況	（市町村民税課税状況等）（令和　　年　　月　　日現在）	利用者負担段階
単独 合算	償還 差止 給付率 無し	□市町村民税課税世帯 □市町村民税非課税世帯 □80．9万円超　□80．9万円以下等 □老齢福祉年金受給者 □その他（境界層）	段階 口座登録

※添付書類

□　通帳の写し