

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				保険者番号		013318
被保険者氏名				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 - -		
	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					
松前町長様 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 電話番号 - - 氏名 印						

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 ・ 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。

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。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）記入欄

区分	世帯集約 番号	給付制限 状況	備考
1 単独		有・無	第4段階 37,200円 第3段階 24,600円 第2段階 15,000円
2 合算		給付割合 %	第1段階 15,000円（生保・老福） 合算