

介護保険 高額介護サービス費等支給申請書

フリガナ		被保険者氏名		保険者番号	0 1 4 2 8 2							
				被保険者番号								
生年月日		年 月 日生		個人番号								
性別		男・女										
住 所		〒		電話番号								
該当月分の支払額合計				本人との関係（ ）								
		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>長沼町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費等の支給を申請します。 また、支給の決定に必要な私及び私の世帯員の市町村民税、所得税の課税状況並びに老齢給付年金、生活保護受給状況について、関係当局等に報告を求めることに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p>印</p>												

注意・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等の支給ができない場合があります。  
・この申請書の裏面に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下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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										

市町村記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	(所得分布の状況等を把握)