

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

※太枠内を記入してください。

フリガナ		保険者番号	1 5 2 1 0 8
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	
住所	電話番号		
該当月		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																				

十日町市長 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。

年 月 日

住所 電話番号

申請者 氏名 印

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。

・領収書をこの申請書と一緒にご提出ください。

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。

（申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入）下記の口座名義人に受領を委任します。

申請者氏名

印

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

市記入欄

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			有・無 給付割合	
2 合算				