

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

平成 年 月

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号					
		被保険者番号					
生年月日		M・T・S 年 月 日		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						
<p style="text-align: center;">紋別市長様</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 また、この申請以後、保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について調査されることに同意します。印 平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ 氏名 _____ 印 電話番号 _____ 本人との関係()</p>							

注意 今回の支給以降、高額介護(介護予防)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下さい。(ゆうちょ銀行には振込できません)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
		金融機関コード	支店コード	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(この欄には記入しないで下さい)

世帯区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	所得分布の状況等	
				有・無	給付割合
				世帯：【課税・非課税(80万以下)・非課税(80万超)・未確定・未申告】 本人：【課税・非課税(80万以下)・非課税(80万超)・未確定・未申告】 老齢年金受給有無：【あり・なし】 激変緩和適用【あり・なし】 境界層該当：【あり・なし】 利用者負担段階【第1段階・第2段階・第3段階・第4段階・特別措置】 負担上限額【37,200円・24,600円・15,000円】	