

高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書
年 月

フリガナ				保険者番号			0	1	3	3	4	2
被保険者氏名				被保険者番号								
				個人番号								
生年月日	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											
木古内町長 様 上記のとおり高額介護(居宅支援)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 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 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			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													

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			