

介護保険 高額介護・居宅支援サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号				
被保険者氏名				被保険者番号				
				個人番号				
生年月日		年 月 日		性別	男 ・ 女			
住 所		〒 電話番号 ( ) —						
該当月分の 支払額合計								
		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							
魚津市長 あて  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 電話番号 ( ) —  氏名 印 本人との関係 ( )								

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下さい。

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

市 記入欄

区分	世帯集約 番号	給付制限 状況	備 考		
1 単独		有・無	(所得分布の状況等を把握)		
2 合算		給付割合	・ 市民税非課税世帯	算定基準額	円
			・ 市民税課税世帯	高額支給額	円