

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

(年 月分)

		個人番号													
被 保 険 者 氏 名	フリガナ		保 険 者 番 号			0	1	2	2	9	4				
			被 保 険 者 番 号												
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女											
住 所	〒														
		電話番号													
世 帯 構 成	氏 名	生 年 月 日			性 別	介 護 保 険 の 被 保 険 者 の 場 合 号 被 保 険 者 番 号									
	世帯主	明・大・昭 年 月 日			男・女										
	世帯員	明・大・昭 年 月 日			男・女										
		明・大・昭 年 月 日			男・女										
富良野市長 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 (被保険者氏名) 氏 名 印 電話番号															

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。

【受領委任の場合】 上記申請に係る高額介護サービス費の受領を 印 に委任します。 年 月 日 住 所														
申請者 (委任者) 氏 名 印 電話番号														
口座振替 依頼欄	金 融 機 関 名	口 座 名 義 人		種 類	口 座 番 号									
	銀行 信金	フリガナ		普・当										
	本店 支店													

*** 市記入欄**

世帯区分	世帯集約番号	給付制限	備 考											
<input type="checkbox"/> 単 独 <input type="checkbox"/> 合 算		有 ・ 無												