

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	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 被 保 険 者 番 号									
	世帯主	大・昭・平 年 月 日		男・女										
	世帯員	大・昭・平 年 月 日		男・女										
		大・昭・平 年 月 日		男・女										
富良野市長 様														
上記のとおり、高額介護サービス費の支給を申請します。														
年 月 日														
住 所														
申請者 氏 名 続 柄 電話番号														

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護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、支給金額は以降も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、高額介護サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護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 ⑨ 続 柄 に委任します。	
年 月 日	
住 所	
被保険者	氏 名 ⑨ 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		有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 合 算			