

## 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																
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 <input type="text"/> (印) 続柄 に委任します。	
年 月 日	
住 所 ----- 被保険者 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		有・無					
<input type="checkbox"/> 合算							