

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 年 月 分

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号	132126					
				被保険者番号	0000					
生年月日	年 月 日			性別						
住 所	電話番号 042-5									
該当月分の 支払額合計	円									
	氏 名	生年月日			性別	被保険者番号				
同一世帯の 介護保険の 被保険者		明・大・昭 年 月 日			男・女					
		明・大・昭 年 月 日			男・女					
あて先 日野市長 上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 （被保険者） 氏名 印										
連 絡 先	フリガナ 氏 名			被保険者から 見た関係		連絡先（なるべく日中連絡のつく所）				
						電話番号				

注意 ・ 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。
 ・ 申請の際は領収証の添付が必要です。

介護保険高額介護（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					
	フリガナ		1. 普通預金						
	口座名義人		2. 当座預金						
			3. その他						

保険者記入欄

区 分	領収証確認欄	給付制限状況	人 力	備 考	収 受 印
1 単独 2 合算		有・無			
差引支給決定額		支払予定日			
		平成 年 月 日			

(000000)