介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

年　　月

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		保険者番号	0 1 6 0 1 4
		個人番号	
		被保険者番号	0 0 0 0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男・女
住所	〒　－　　電話番号　　－		

		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				

日高町長　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。

平成　　年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号　　－

氏名　　㊞

注意　・今回の支給申請以降、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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁業組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1　普通預金 2　当座預金 3　その他	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

※町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状態	備考
1　単独 2　合算		有・無 給付割合	第　　段階