

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書
(年 月分)

フリガナ 被保険者氏名	.....	保険者番号	.....	0	1	2	3	6	9
		被保険者番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
生年月日	年 月 日生	個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
		性別	男	・	女				
住所	〒		電話番号						
該当月分の 支払額合計	円								
	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	.....	.....	.....		
						

北斗市長 様
 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。
 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

年 月 日
 住 所
 申請者 氏 名 印 電話番号

(委任受領の場合)
 この申請にかかわる高額介護(居宅支援)サービス費の受領の権限を次の者に委任します。

受任者 所在地 名称 代表者 電話番号 印
 年 月 日
 住 所
 委任者 (申請者) 氏 名 印 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。
 ・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護(居宅支援)サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	普通預金	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	当座預金	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	フリガナ 口座名義人	.....						

市記入欄

区 分	世帯集約 番 号	領 収 証 確 認 欄	給付制限 状 況	(委任受領の場合) 介護保険施設徴収済額	備 考 (所得分布の状況等を把握)
1単独 2合算					

本人支払額 [] 円 - 利用者負担上限額 [] 円 = 支給決定額 [] 円