

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

※太枠内を記入してください

フリガナ			保険者番号		2	2	3	4	4	6	
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日			性別								
住所	電話番号										
該当月			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										
小山町長 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。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印											

- 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書を添付してください。

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	本店 支店 出張所 支所	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						
	フリガナ										
口座名義人											

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	