

介護保険高額介護サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号																	
			個人番号																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女																
住 所	〒												電話番号							
該当月分の 支払額合計	給付月		利用者負担額		円															
	令和 年 月		高額介護費負担上限額		円															
			差引申請額		円															
<p>豊浦町長 様</p> <p>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。</p> <p>なお、高額介護サービス費の支給決定のため必要があるときは、私及び世帯員の町民税の課税状況につき、貴町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>																				
委任状	住所(施設住所) 氏名(施設名代表) 印 殿に																			
	<p>上記申請金額の受領を 委任します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 印</p>																			

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)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	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																
							1 普通預金													
							2 当座預金													
							3 その他													
		フリガナ 口座名義人																		

豊浦町記入欄

町民税課税等状況		課税世帯・非課税世帯 老齢福祉年金受給者・生活保護世帯			
世帯 合算 計算	高額介護サービス対象者氏名	支払額	上限額	算出計算	個人毎の高額介護サービス費
		円	円	円	円
高額介護負担(利用者)の上限額		<input type="checkbox"/> 44,400円 <input type="checkbox"/> 37,200円 <input type="checkbox"/> 24,600円 <input type="checkbox"/> 15,000円			