

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号					
	被保険者番号					
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			

豊浦町長 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。

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。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

印

電話番号

委任状	住所(施設住所)	
	上記申請金額の受領を 氏名(施設名代表)	印 殿に委任します。
	令和 年 月 日 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 高齢福祉年金受給者・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"/> 37,200円 <input type="checkbox"/> 24,600円 <input type="checkbox"/> 15,000円			