

高額介護サービス費等支給申請書 (年 月)

		個人番号			
フリガナ		保険者番号	012203		
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		性別	男・女		
住所	電話番号				
同世帯の 要介護認定者	被保険者氏名	生年月日	被保険者番号		負担段階(※)
			個人番号		
					第 段階
					第 段階
					第 段階
士別市長 様 上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 印 電話番号					

- 注意 1. ※欄は記入不要です。
 2. 今回の支給以降、高額介護サービス費等が支給される場合、手続きは不要となります。
 3. 給付制限を受けている方については、高額介護サービス費等の支給ができない場合があります。
 4. 受領委任払を利用する場合は、委任状の添付が必要です。

高額介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	金融機関名	支店名	種目	口座番号
				普通・当座・その他
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄 (※)

区分	備 考
1. 単 独	負担限度額 円
2. 合 算	給付制限 (有 ・ 無)

