

介護保険高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）支給申請書

年 月分

フリガナ		保険者番号		九重町		4 4 4 6 1 2						
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	要介護度	要介護（ ）・要支援（ ）			
住 所		〒										
		電話番号										
		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											
九重町長 殿 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 申請者 氏名 電話番号												

注意・今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 また、支給金額は今回申請した指定口座ご振り込まれます。
 ・この申請書はサービスを利用した月の翌月から役場ご提出できます。
 ・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。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座ご振り込んで下さい。

銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所							
金融機関コード		店舗コード		種目		口座番号			
				1普通 2当座					
フリガナ									
口座 名義人									

九重町記入欄

区分	世帯コード	領収書 確認欄	保険料納付状況		備 考
			未納保険料	滞納保険料	
1. 単独 2. 合算			有・無	有・無	
			給付制限状況	給付割合	
			有・無		