

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

受付印

(申請書番号 25)

 新規 変更(世帯状況 振込口座 その他)

岬町長 宛

年 月 日 (受付番号)

下記のとおり、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、申請にあたり、私及び同一世帯員の市町村民税の課税内容及び所得内容について調査することに同意します。

- この申請以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合は、あらためての申請手続きは不要となり、今回登録した指定口座に振込まれます。(領収書等の添付は不要です。)
- 給付制限を受けている方は、支給できない場合があります。

■ 申請者(被保険者)			
被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	性別
	フリガナ	略 大 和	
個人番号		年 月 日	男 女
住所(※住民登録の住所を記載してください。)			
〒			
電話番号	※町記入欄 送付先住所の登録(無・有)		
※被保険者以外の申請の場合ご記入ください。(成年後見人制度適用及び本人死亡の場合等に限る)			
住所	電話番号		
氏名	(続柄)	理由	

■ 口座振込依頼書 上記の高額介護（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。
なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生ずることについて異議はありません。

金融機関欄

金融機関名	支店名	種目	口座番号	口座名義(カナ)
銀行 農協 信用金庫	支店 本店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 (通常) <input type="checkbox"/> 当座		

町処理欄

【注意】被保険者本人の口座に限ります。本人の口座がない場合、原則として同居の家族の口座を指定いただけますが委任状が必要となります。

※処理欄(以下は記入しないでください)

受付	給付制限	区分	備考
	無・有	単独・合算	