介護保険高額介護(介護予防)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	282178
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　別	男　・　女
住　所　等	〒 電話		

		氏　　名	生 年 月 日	性 別	被保険者番号(６５歳以上の方のみ)
世帯構成	世帯主		明･大･昭　年　月　日		
	世帯員		明･大･昭　年　月　日		
			明･大･昭　年　月　日		
			明･大･昭　年　月　日		

川 西 市 長　あて

上記のとおり高額介護(居宅支援)サービス費の支給を申請します。なお、当該費用の支給に関しては、別途提出した「介護保険の給付に係る口座登録申請書」に記載している口座へ振り込んでいただきますようお願いいたします。

平成　　年　　月　　日

住 所

申 請 者
(被保険者本人)　　氏 名　　㊞

《 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「介護保険の給付にかかる口座登録申請書」に記載のある口座に振り込まれます。

・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。

・世帯構成、世帯の課税状況等に変更があった場合には、速やかに長寿・介護保険課まで申し出てください。

【 長寿・介護保険課記入欄 】

区 分	給付制限	世帯の課税状況	激変緩和措置	自己負担上限額 (円／月)
□ 単独	□ 有	□ 課　税	□ 該当（2段階該当）	□ 利用者負担第１段階 □ 利用者負担第２段階　１５，０００円
□ 合算	□ 無	□ 非課税	□ 該当（3段階該当）	□ 利用者負担第３段階　２４，６００円
			□ 非　該　当	□ 利用者負担第４段階　３７，２００円

備　　考