

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			保険者番号	282178	
氏名			被保険者番号		
			個人番号		
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		
<p>川西市長 殿</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 (被保険者本人) 氏名 Ⓜ</p>					

- 《 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ません場合があります。
 - ・ 世帯構成、世帯の課税状況等に変更があった場合には、速やかに介護保険課まで申し出てください。

提出者氏名			本人との関係		
提出者住所	〒		連絡先		

【 介護保険課記入欄 】

区分	給付制限	世帯の課税状況	自己負担上限額 (円/月)		基準収入 (課税世帯)	収入申請
<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 課 税	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階 15,000円	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階 24,600円	<input type="checkbox"/> 該 当	<input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 合算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非 課 税	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階 15,000円	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階 44,400円	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 無
備 考						