

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ 被保険者 氏 名	保険者番号		2 8 2 1 0 3			
	被保険者番号					
有効期間	～		要介護度			
生年月日	大・昭 年 月 日		電 話 番 号		— —	
住 所	〒					
支払金額計	円（振込み先が事業所の場合は保険請求分）					
申請理由						
<p>加古川市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申 請 者 住所 （被保険者） 氏名</p> <p>（自署又は記名・押印） 電話番号 （ ）</p>						

支 給 決 定 年 月 日	年 月 日	支給決定 金 額	
------------------	-------	-------------	--

・太枠の部分は記入しないで下さい。

上記の給付費を下記の口座（被保険者の口座またはサービス事業所の口座）に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	金融機関名		本支店名	受領方法	口座・現金
	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協		支 店 支 所	種目	口座番号（右づめ）
	フリガナ 口座名義人				

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（記載例）

（ ○年 ○月分）

フリガナ 被保険者 氏 名	カゴ タロ 介 護 太 郎	保険者番号	2 8 2 1 0 3									
		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
有効期間	○. ○. ○ ~ ○. ○. ○	要介護度	要介護2									
生年月日	大・昭10年11月20日	電話番号	079 - 421 - 2000									
住 所	〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000											
支払金額計	30,000円（振込み先が事業所の場合は保険請求分）											
申請理由	介護サービス計画暫定ケアプランにより利用していたが、要支援認定結果となったため。											
	申請理由は必ず記入されていることを確認してください。											
加古川市長 様												
上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。												
○年 ○月 ○日												
申請者 住所 加古川市加古川町北在家2000 (被保険者)												
氏名 介 護 太 郎 (自署又は記名・押印)												
電話番号 079( 421 )2000												

支給決定 年 月 日	年 月 日	支給決定 金 額
---------------	-------	-------------

・太枠の部分は記入しないで下さい。

上記の給付費を下記の口座(被保険者の口座またはサービス事業所の口座)に振り込んで下さい。

			受領方法	口座・現金							
口座振込 依頼欄	金融機関名	本支店名	種目	口座番号(右づめ)							
	加古川市南 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	尾上 支店 支 所	普通 当座 貯蓄	2	2	2	2	2	2	2	2
	フリガナ 口座名義人	カゴ タロ 介 護 太 郎									