

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。

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

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つたため。 | | | | | | | | | | | |
| | 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 |
| | フリガナ 口座名義人 | カゴ タロ 介 護 太 郎 | | | | | | | | |