

介護予防・日常生活支援総合事業費支給申請書

( 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事業費請求分)					
申請理由						
<p>加古川市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援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)</p> <p>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	本支店名	種目	口座番号(右づめ)	
	銀行 信用金庫 信用組 農協	支店 支所	普通 当座 貯蓄		
	フリガナ 口座名義人				

介護予防・日常生活支援総合事業費支給申請書（記載例）

（ ○年 ○月分）

フリガナ 被保険者 氏 名	カゴ タロウ 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	要支援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事業費請求分）											
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、関係書類を添えて訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援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 銀行信用組合 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 タロウ 介護太郎									