

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	明・大・昭	年 月 日	電 話 番 号		— —	
住 所	〒 加古川市					
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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申 請 者 住所 (被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">印 電話番号 ()</p>						

印

支給決定 年 月 日	令和 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 信用組合 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）

（令和 元年 6 月分）

フリガナ 被保険者 氏 名	カイゴ タロウ	保険者番号	2 8 2 1 0 3									
	介護 太郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
有効期間	H30.10.1～R2.9.30	要介護度	要支援 2									
生年月日	明・大・昭 10 年 11 月 20 日	電話 番 号	079 - 421 -2000									
住 所	〒 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。 令和 元年 7 月 1 日 申 請 者 住所 加古川市加古川町北在家 3000 （被保険者） 氏名 介護 太郎 介護印 電話番号 079（421）2000												

介護印

支給決定 年 月 日	令和 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。

口座振込 依頼欄	金融機関名		本支店名		受領方法	口座・現金					
	加古川市南 銀行 信用 組合 農 信 用 組 協		尾上 支 店 支 所		種目	普通 当座 貯蓄					
	フリガナ 口座名義人		カイゴ タロウ 介護 太郎			2 2 2 2 2 2 2					