

介護保険特例居宅介護サービス費等支給申請書

フリガナ			保険者番号						
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号						
			個人番号						
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性 別	男 ・ 女			
住 所	〒		電話番号						
支払金額合計	円								
申 請 理 由									
<p>枝 幸 町 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、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、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、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費又は特例特定入所者介護(介護予防)サービス費の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 電話番号 氏 名</p>									

(注意) この申請書の裏面に、該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

町記入欄

区 分	保険料納付状況	領収証 確認欄	サ ー ビ ス 提 供 証 明 書 確 認 欄	備 考
1 一 般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有 無			
2 支払方法の 変更				
3 給付額減額				