

介護保険居宅介護サービス費等支給申請書

(年 月 分)

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)
	住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係：)		被保険者 本人氏名 (印) (本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号							1	9	2	0	1	3
被保険者氏名	(印)	被保険者番号												
		個人番号												
生年月日	年 月 日	性別	男・女											
住所	〒 電話番号 ()													
支払金額合計	円													
申請理由														

(あて先) 甲府市長 年 月 日

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(介護予防)サービス費、特例地域密着型(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)サービス費の支給(償還払い)を申請します。

上記の給付費は、下記の口座に振り込んでください。
この振込みがなされたときは、当該申請に基づく債権が弁済されたものとします。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号
			1 普通預金	
			2 当座預金	
			フリガナ (被保険者) 口座名義人	

注意・この申請書に、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。

保険者記入欄

区分	1 一般	保険料 納付状況	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(7割給付)		
	4 利用者負担額減免 /100		

居宅介護サービス費等 支給・不支給 決定

年 月 日

受付	支給	審査決定額	円	福祉部 介護保険課		
		支給額	円	担当	係長	課長
	不支給					