

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：		被保険者
	電話番号： ()		本人氏名
	氏 名： (本人との関係：)		(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								
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	長 寿 介 護 課		
		支 給 額	円	担 当	係 長	課 長
	不支給					