

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払い用）

年 月分

伊丹市長 様

年 月 日

次のとおり居宅介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。

申請者	フリガナ		続柄	
	氏名	※本人が自署しない場合は、記名押印してください	電話番号	- -
	住所			
申請区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 特定入所者介護（介護予防）サービス費		<input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護（介護予防）サービス費	
	保険者番号	282079	被保険者番号	0 0 0 0
被保険者	フリガナ		性別・年齢	男・女（ 歳）
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒 -	電話番号	- -
支払金額合計		円		
申請理由				
口座振込依頼欄	フリガナ			
	口座名義人	※本人以外の口座に振り込む場合、委任状が必要です		
	<input type="checkbox"/>	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座
	<input type="checkbox"/>	ゆうちょ 銀行	支店番号（記号）	口座番号
		1	0	1

※添付書類

1. 領収証（コピー及び原本）
2. サービス提供証明書
3. 通帳もしくはキャッシュカードのコピー

<市記入欄>

上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか。また、別紙「介護保険償還払支給（不支給）決定通知書」を送付してよろしいか、あわせて伺います。

課長		担当者	決定	起案日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 支給	決裁日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 不支給	交付日	年 月 日
支給額	円（本人負担額 円）				
給付制限区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 支払方法の変更 <input type="checkbox"/> 給付額の変更				
保険料納付状況	滞納保険料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（滞納期間： ）				
備考欄					

