

介護保険居宅介護（予防）サービス費、特例居宅介護（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（予防）サービス計画費、特例居宅介護（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（予防）サービス費、特例特定入所者介護（予防）サービス費

支給申請書(償還払用)

(年 月分)

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・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住 所	〒 -		電話番号 ()				
支払金額合計	円						
申 請 理 由							
大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様 上記のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護（予防）サービス費、特例居宅介護（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（予防）サービス計画費、特例居宅介護（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（予防）サービス費、特例特定入所者介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名 (本人との続柄：)							

注意・この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農 協	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						

介護保険事務所記入欄

区分	保険料納付状況	領収証確認欄	サービス提供 証明証確認欄	備 考
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			

※この申請書を提出する際は、通帳のカナ氏名、支店番号、口座番号掲載ページの写しを添付してください。

※振込口座は、被保険者本人または申請者の口座に限ります。