**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 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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。