

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

（平成 年 月分）

フリガナ 被保険者 氏 名	-----	保険者番号	2 8 2 1 0 3			
		被保険者番号				
有効期間	~	要介護度				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電 話 番 号	- -			
住 所	〒 加古川市					
支払金額計	円					
申請理由	-----					

<p>加古川市長 様</p> <p>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、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、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申 請 者 住所 (被保険者) 氏名 印 電話番号 ()</p>						

印

支給決定 年 月 日	平成 年 月 日	支給決定 金 額	
---------------	----------	-------------	--

・太枠の部分は記入しないで下さい。

上記の給付費を下記の口座（被保険者の口座）に振り込んで下さい。

			受領方法	口座・現金
口座振込 依頼欄	金融機関名	本支店名	種目	口座番号（右づめ）
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所	普通 当座 貯蓄
	フリガナ 口座名義人	-----		