

介護保険居宅介護（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・施設介護サービス費・特例施設介護サービス費 支給申請書

（平成 年 月分）

フリガナ				保険者番号	2 8 2 1 6 0		
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒 電話番号 ( ) - -						
支払金額合計	円						
申請理由							
<p>高砂市長 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、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ので、下記金融機関の預金口座に振替されたく依頼します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 (被保険者) 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 (続柄: )</p>							

※ 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も併せて添付してください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	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 (被保険者)						

市処理欄	区分	保険料納付状況	領収書 確認欄	サービス 提供証明 書確認欄	備考
	1 一般	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					