

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)

( 〇〇年 〇〇月分)

【申請書の記入時における留意事項】

(申請先) 茨 木 市 長		〇〇〇〇年 〇月〇〇日	
申請者 住所 茨木市〇〇町〇〇番〇〇号 (被保険者) 氏名 茨木 〇〇 電話番号 072-〇〇〇-〇〇〇〇		⑧	
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。			
申請の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防) サービス費 <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護(介護予防) サービス費 <input type="checkbox"/> 特定入所者介護サービス等費 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防) サービス計画費		
被 保 険 者	氏 名	フリガナ イバラキ 〇〇 茨木 〇〇	保険者番号 2 7 2 1 1 2 被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住 所	〒567-0000 茨木市〇〇町〇〇番〇〇号 電話番号072-〇〇〇-〇〇〇〇	
	支 払 金 額 合 計	〇〇〇〇〇円	
申 請 理 由	介護保険料の滞納により支払方法が変更になっているため。		
口 座 振 込	私に支給される居宅介護(介護予防) サービス費等については、次の口座に振り込んでください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものと して取り扱ってください。		
	〇〇(銀行) 信用金庫 信用組合	〇〇(本店) 出張所	種目 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	口 座 番 号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ 口座名義人	イバラキ 〇〇 茨木 〇〇	
添 付 書 類	該当月分の領収書・サービス提供証明書又は居宅介護(予防) 提供証明書		

市へ提出する年月日を記入してください。

被保険者本人(介護保険を利用している方)の住所、氏名及び電話番号(連絡の取れるところ)を記入し、押印してください。

申請する□に「 (チェック)」してください

被保険者の氏名、フリガナ、被保険者番号、生年月日、郵便番号、住所及び電話番号を記入してください。

支払った費用の合計金額を記入してください。

この申請を行う理由を具体的に記入してください。

振り込みを希望する口座を記入してください。

「領収書」はこの申請に係る費用を支払ったものを添付してください。「サービス提供証明書」、「居宅介護(予防) 提供証明書」は、領収証を発行した事業者から交付されるものの原本を添付してください。

市記入欄

支 給 額	円 (支払額	円) 差額	円
給 付 制 限 区 分	<input type="checkbox"/> 支払い方法の変更 <input type="checkbox"/> 給付額の減額 <input type="checkbox"/> なし		
保 険 料 納 付 状 況	未納保険料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                    滞納保険料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		