

# 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)

( 年 月分)

(申請先) 茨 木 市 長		年 月 日								
申請者 住所		(被保険者) 氏名 <span style="float: right;">⑨</span>						電話番号		
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 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 險 者	氏名	フリガナ				保険者番号			2 7 2 1 1 2	
						被保険者番号			0 0 0	
	生年月日	年 月 日								
	住所	〒  電話番号								
支払金額合計		円								
申請理由										
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取り扱ってください。								
		銀行 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										
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		