

介護保険居宅介護(予防)サービス費等支給申請書

受付印

フリガナ			被保険者番号	0	0	0																								
被保険者氏名			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										負担割合										割									
申請理由																														
<p>(宛先) 知多北部広域連合長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(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又は第1号事業支給費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号() -</p> <p>氏名 ㊟ 被保険者との続柄()</p>																														

注意 この申請書の裏面に、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ください。

上記の給付費等を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	種目	口座番号																
	信用金庫	支店			1 普通	フリガナ														
	農協	出張所	2 当座	口座名義人																
	金融機関コード	店舗コード																		
委任欄	<p>年 月 日</p> <p>(被保険者) 住所</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>私は次の者を代理人として給付費等の受領に関する権限を委任します。</p> <p>(代理人) 住所</p> <p>氏名</p>																			

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

保険者記入欄

区分	保険料納付状況	領収証確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考	
				給付率	%
				支給金額	円

係長	係

課長		受付者