

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>
 （平成 23 年 4 月分）

（フリガナ）	カイゴ ハナコ	保険者番号	0 2 2 0 3 8
被保険者氏名	介護 花子	被保険者番号	0 0 0 ※※※※※※※
生年月日	明大 昭 10 年 10 月 10 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 031-0000 八戸市〇〇町〇丁目〇〇番〇号 電話番号 43 - 0000		
支払金額合計	90,000 円		
申請理由	ケアプランを作成しないでサービスを受け、費用の全額を事業者に支払ったため		

該当する項目に○をして下さい。

（あて先）八戸市長
 上記のとおり、関係書類を添えて（**居宅介護サービス費**・地域密着型介護サービス費・居宅サービス計画費・施設介護サービス費・介護予防サービス費・地域密着型介護予防サービス費・介護予防サービス計画費）の支給を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所 八戸市〇〇町〇丁目〇〇番〇号
 氏名 介護 花子 電話番号 43 - 0000

介護

この申請書に、該当月分のサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書、介護予防支援提供証明書、及び領収書を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替	〇〇〇 銀行 支店	八戸 本支店	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	0 0 1 2 3 4 5
依 頼 欄	〇 〇 〇 1	1 2 3	()	
	（フリガナ） 口座名義人	カイゴ ハナコ 介護 花子		

----- 市記入欄（記入しないで下さい） -----

区分	保 険 料 納付状況	添付書類確認欄	領収書 確認欄	被保険者 証確認欄	認定状況	備 考
1 一般	未納保険料	1 サービス提供証明書			要支援（1・2） 要介護（ ）	
2 支払方法の 変更	（有・無） 滞納保険料	2 居宅介護（介護予防） 支援提供証明書				
3 給付額減額	（有・無）					