

**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>**  
( 令和 年 月分 )

(フリガナ)		保険者番号		0	2	2	0	3	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 電話番号 ー								
支払金額合計	円								
申請理由									

(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。

令和 年 月 日

申請者 住所  
氏名

電話番号 ー

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。

口座振込 依頼欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
				1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ( )
	(フリガナ) 口座名義人			

----- 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 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 (有・無) 滞納保険料 (有・無)	1 サービス提供証明書 2 居宅介護(介護予防)支援提供証明書			要支援(1・2) 要介護( )	