

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)	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-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を支払ったため		

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。

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 住 所 八戸市〇〇-丁目〇〇番〇号
 氏 名 介護 花子 電話番号 43-0000

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	〇〇〇	銀行 信用組合 農協	八戸	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 2 3	1 2 3	1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ()	0 0 1 2 3 4 5					
	(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				
2 支払方法の 変更	(有・無)	2 居宅介護(介護予防)			要支援(1・2)	
3 給付額減額	滞納保険料 (有・無)	支援提供証明書			要介護()	