

様式第8号(第15条関係)

介護保険居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(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、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

支給申請書  
(償還払い用)

( 年 月分)

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
		個人番号												
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女											
住 所	〒 電話番号													
支払金額合計	円													
申請理由	.....													
	.....													
	.....													
<p>米原市長 様</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、特別居宅介護(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、地域密着型介護(予防)サービス費または特例地域密着型介護(予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 (印) 電話番号</p>														

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証およびサービス提供証明書または居宅介護(予防)提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振替	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										
依 頼 欄			2 当座預金										
			3 その他										
	フリガナ 口座名義人	.....											

市記入欄

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
1 一般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			
2 支払方法の変更				
3 給付額減額				