

介護保険居宅介護サービス費等支給申請書

(年 月分)

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	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>増毛町長様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒 — 電話番号 () —</p> <p>申請者 氏名 被保険者との関係</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。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	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 2 当座預金 3 その他	
フリガナ 口座名義人				

増毛町記入欄

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