

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  
 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  
 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

支給申請書

( 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	生		性別															
住所	〒																	
	電話番号																	
支払金額合計																		
申請理由	----- ----- -----																	
様																		
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、特例居宅介護（予防）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、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、又は特例施設介護サ ービス費の支給を申請します。																		
令和 年 月 日																		
住所																		
申請者 電話番号																		
氏名 印																		

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及び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下さい。

口座振替 依頼欄			種目	口座番号														
	金融機関コード		店舗コード															
	フリガナ	-----																
	口座名義人																	

市（町村）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				
3 給付額減額	滞納保険料			