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）

（　　　　　年　　　月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　宛  　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　・　地域密着型介護（介護予防）サービス費　・　居宅（介護予防）サービス計画費　・　特例（　　　　　　　　）サービス費）の支給を申請します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者　住所  　　　　　氏名 | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意：この申請書に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。

□ 公金受取口座を利用する。（この場合は、下記の口座振込依頼欄への記入は不要です。）

※公金受取口座を利用する場合は、マイナポータル等での事前登録が必要です。

□ 振込口座を指定する。（下記に口座情報を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**委任欄**

　　支給決定額に係る一切の権限を口座名義人　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　年　　月　　日

被保険者氏名（申請権者）　　　　　　　　　　　　　印

※市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 給付制限の状況 | 領収書確認欄 | サービス提供  証明書等確認欄 | 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　） |