

年 月 日

彦根市長 様

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費、特例居宅介護(介護予防)サービス費
 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
 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
 施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特例入所者介護(介護予防)サービス費
 介護予防・日常生活支援総合事業費、特例介護予防・日常生活支援総合事業費

支給申請書

介護保険法の規定により、関係書類を添えて上記の支給を申請します。

フリガナ			保険者番号		2	5	2	0	2	3
申請者氏名 (被保険者)			被保険者番号	1	0	0	0			
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	年 月分				円					
申 請 理 由										

注意・この申請書の裏面に、事業者が交付した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。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	支 店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	農 協	出張所								
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ									
	口座名義人									

記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書 確認欄	サービス 提供証明書 確認欄	該当月 介護度	備 考
1 一般	滞納保険料 有・無				
2 支払方法の 変更					
3 給付額減額					