様式第28号（第19条関係）

|  |
| --- |
| 介護保険介護（介護予防）サービス費支給申請書（　　　　年　　月分） |
|  | フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
|  | 被保険者番号 |  |  |
| 個 人 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 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 　二戸地区広域行政事務組合管理者　様　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、居宅介護サービス計画費、特例居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費、介護予防サービス費、特例介護予防サービス費、介護予防サービス計画費、特例介護予防サービス計画費、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、特定入所者介護予防サービス費、特例特定入所者介護予防サービス費の支給を申請します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　住所 電話番号　　　　　　　　　　　申請者　　　　　氏名　　　　　　　　印 |  |
| 注意：この申請書の裏面に当該月分の領収書及びサービス提供証明書又は、居宅介護（介護予防）提供証明書も併せて添付してください。　上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。 |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行　　信用金庫農協　　 | 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 |  |
| 　市町村記入欄 |
|  | 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 | 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 |  |  |  |
|  |
|  |