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 | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |