

倉敷市
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
 地域密着型居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型居宅介護（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
 施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費
 特例特定入所者介護（介護予防）サービス費

支給申請書

(令和 年 月分)

被 保 険 者	氏 名	フリガナ	被保険者番号									
			個人番号									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男・女					
	住 所	〒 - 電話（自宅・携帯・呼出）（ ）										

利用費用合計 (100/100)	千 万	百 万	十 万	万	千	百	十	一	円	負担割合	割
---------------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	---	---	------	---

申 請 理 由

倉敷市長 へ

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、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型居宅介護（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、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費、特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者名（被保険者） _____

申請書提出者
(代行事業所名) _____ 連絡先電話 () _____

申請者名欄は本人署名のほか、記名・押印、写真入り身分証明書の写しの添付、本人口座記載等で代えることができます。添付書類も同綴してください。

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店	支店 支所 出張所	金融機関番号	店番号
	預金種別	1 普通	2 当座預金	口座番号		
	フリガナ 口 座 名 義 人					

- (注) 1 上記太枠内を記入してください。
 2 訂正する場合は、申請者名の記入に合わせて訂正してください。(二重線をして署名又は押印)。修正テープ等は使えません。枠外に記名・押印と同じ印があれば捨印として取り扱います。
 3 **給付制限の該当者は、受領委任払いできません。**

倉敷市 記入欄	受付窓口 <input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 真備	受付年月日 年 月 日	添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> サービス提供証明書	入 力
	備 考	支給決定 年 月 日		