様式第２号

**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**支給申請書**  　　　　　　　　　　　　　　　　 　（　　　　年　　月分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | 3 | | 9 | | 2 | | 0 | | 9 | | 2 | |  | |
|  | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 住　　所 | | （〒　 　-　　　）  電話番号　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 支払金額合計 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 土佐清水市長　様  　　上記サービス費について，関係書類を添えて支給申請をします。  　　　　　 　年　 　月　 　日  　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－  　　　　　　氏名  　　　代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 注意・この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護（介護予防）支援提供  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ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 口座振替  依 頼 欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | | 種目 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | 農業協同組合 | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 区　分 | | 保険料納付状況 | | | 領収証  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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |