

介護保険特例居宅介護(介護予防)サービス費等償還払い支給申請書

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(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  
 施設介護サービス費、特例施設介護サービス費 ( 年 月分)

フリガナ		性別	保険者番号												
被保険者氏名		男	3	5	2	0	1	3							
		女	被保険者番号												
生年月日	年 月 日	個人番号													
住 所	〒 電話番号														
支払金額合計	円														
申請理由															
(宛先) 下関市長 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、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(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、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話番号  代理申請者 住 所 (申請者との続柄 ) 氏 名 (電話番号 )															

注意 ・ この申請書の裏面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支援提供証明書も併せて添付してください。  確認済

1 窓口払い 2 口座振替

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	農協	出張所	1 普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

(市記入欄)

提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送		※写真付は1点・写真無しは2点 身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
個人番号確認	個人番号カード提示	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証
	システム確認	<input type="checkbox"/> 確認済み	<input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証	
				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
				<input type="checkbox"/> その他 ( )