

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 被保険者氏名	性別	保険者番号									
	男 女	3	5	2	0	1	3				
生年月日	年 月 日	被保険者番号									
住 所	〒	個人番号									
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 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 交付は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 ()	