様式第10号(第22条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特例居宅介護(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、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 | 支給申請書 |

|  |  |
| --- | --- |
| (　　年　　月分) | (償還払用) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 | | | | 3 | | | | 8 | | | | | 2 | | | 1 | | | | 3 | | | | | 5 | |
|  | |
| 被保険者番号 | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 性別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記内訳 | 自己負担分  円 | | | 保険給付請求額  円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四国中央市長　様  　上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特例居宅介護(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、地域密着型介護(予防)サービス費又は特例地域密着型介護(予防)サービス費の支給を申請します。  　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | 住所　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取  口座 | | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  □振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関 | 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | 種目 | | | 口座番号 | | | | | | |
| 銀行  信用金庫  組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | 1普通預金  2当座預金 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | | | | | 口座番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 1 |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

※市記入欄(記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |  |

注　この申請書の裏側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)支援提供証明書及び被保険者証の写しも併せて添付してください。