

(償還払い用)

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費支給申請書  
(平成 年 月分)

		個人番号																		
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																	
			被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女														
住所	〒 電話番号																			
支払金額合計																				
申請理由																				
瀬戸市長 様																				
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）サービス費の支給を申請します。																				
平成 年 月 日																				
住所																				
申請者										電話番号										
氏名										印										

(注意)

・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書、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 依頼書	銀行 信用金庫 組合	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(町村)記入欄

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	未納保険料 滞納保険料			
2 支払方法の 変更				
3 給付額現額				