

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ				保険者番号				0	2	2	0	8	7
被保険者氏名				被保険者番号									
生年月日	年	月	日	要介護度等	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5						
認定有効期限	年 月 日			～	年 月 日								
住 所	〒 電話番号												
支払った利用者負担額	支払った期間 年 月 日 から 年 月 日 まで			支払った利用者負担額 食費 円 ・ 居住費等 円									
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号												
負担限度額認定証	交付されている場合	交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日								
		認定証を提出できなかった理由											
	交付されていない場合	交付申請をしなかった理由											
むつ市長 様 前のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費又は特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の負担額の差額支給を申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 〒 住 所 申請者 氏 名 </div> <div style="text-align: right;"> 電話番号 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。 </div>													

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も併せて添付ください。
 給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 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） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する													
口座振込依頼欄	銀 行	信 用 金 庫	農 協	（ ）	本 支 店	支 店	営 業 部	（ ）	種 目	口 座 番 号				
	金融機関コード				店舗番号				1 普通					
									2 当座預金					
									3 その他					
									()					
	ゆうちょ銀行			記 号					番 号					
	フリガナ													
	口座名義人													