|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　 | 担任 | 係長 | 課長 |
|  |  |  |

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書

(　　年　　月分)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　(あて先)川崎市　　区長　　次のとおり関係書類を添えて申請します。 | 申請日 | 年　月　日 |
| 申請者 | 氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　(　　)　　　 |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 生年月日 | 年　月　日　 |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　(　　)　　　　 |
| 給付を受けようとするサービス費等の種類 | □　居宅介護(介護予防)サービス費□　地域密着型介護(介護予防)サービス費□　居宅介護(介護予防)サービス計画費□　施設介護サービス費□　特定入所者介護(介護予防)サービス費 | □　特例居宅介護(介護予防)サービス費□　特例地域密着型介護(介護予防)サービス費□　特例居宅介護(介護予防) サービス計画費□　特例施設介護サービス費□　特例特定入所者介護(介護予防)サービス費 |
| 申請理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 支払金額合計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |

　　次のとおり口座振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 | 種目 | 1　普通2　当座 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 支店コード | 　 | 　 | 　 | 口座名義人 | (氏) | (名) |

　　※口座振込名義人が被保険者でない場合は、次の委任状に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 上記居宅介護(介護予防)サービス費等の受領に関する権限を委任します。委任者(被保険者)　　　　　　　　受任者(口座名義人)氏名　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　委任者(被保険者)氏名欄は自署又は記名押印してください。 |

|  |
| --- |
| 備考 |