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