

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号												
	氏名		被保険者番号												
	生年月日		個人番号												
	住所	〒 電話番号													
支払金額合計															円
申請理由															
<p>(宛先) 高松市長                  上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）サービス費・特例居宅介護（介護予防）サービス費・地域密着型介護（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・居宅介護（介護予防）サービス計画費・特例居宅介護（介護予防）サービス計画費・施設介護サービス費・特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名</p>															

上記の給付費を次の支払方法により処理してください。

支払方法 依頼欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座															
	<input type="checkbox"/> 現金払い															
	<input type="checkbox"/> 口座振替															
	口座 振替 先	銀行 農協	店	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												
		フリガナ														
	口座名義人															

- 注1 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座」にチェック（✓）してください。
- 2 口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- 3 この申請書の裏面に、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支援提供証明書を添付してください。

市記入欄

区 分	保険料納付状況	領収証確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考
1 一般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			
2 支払方法の変更				
3 給付額減額				

受付担当者へ裏面も記入してください。

<受付担当者記入欄>

職権確認 (個人番号)	
----------------	--

個人番号 確認書類	1 個人番号カード	2 通知カード	3 個人番号が記載された住民票等	4 その他 ( )
申請者 確認書類	1点のみで可	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 身体障害者手帳等
	2点確認必要	4 介護支援専門員証	5 その他 ( )	
		1 介護保険被保険者証	2 医療保険証	
		3 介護保険納入通知書	4 長寿手帳	
		5 包括・事業所の職員証	6 その他 ( )	