

様式第2号の2 (第8条関係)

高松市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書

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		電 話 番 号														
	住 所	〒															
支給合計金額		円															
申 請 理 由																	
(宛先) 高松市長 上記のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号																	

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給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	口 座 振 替 先	<input type="checkbox"/> 現金払い															
		<input type="checkbox"/> 口座振替															
		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 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等を添付してください。

市記入欄

区 分		備 考
有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
負担割合		