様式第16号(第13条関係)

**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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者  番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 久慈広域連合長　　　　　　　様  　　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、特別居宅介護（介護予防）サ―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、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、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）サービス費の支給を申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |

注意：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（介護予防）支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 銀行  　　　　信用金庫  　　　　信用組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | |

**広域連合記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ２支払方法の  変更  ３給付額減額 | 未納保険料  有　・　無  滞納保険料  有　・　無 |  |
|
|  |  |
|