

様式第18号(第17条関係)

介護保険申請書

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	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	支給
	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	

(年 月分)

フガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	
	-----		被保険者番号	
	-----		個人番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	男・女	
住所	〒 電話番号			
支払金額合計	円			
申請理由	-----			
諏訪広域連合広域連合長 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 申請者 住所 電話番号 氏名 印				

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 農協	本店 支店 出張所 支所	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 3 その他	
	フガナ 口座名義人	-----		

※うち銀行は通帳に記載されている記号・番号を記入してください。

記号 _____ 番号 _____

(※受給者と口座名義人が異なる場合のみ記入)

支給される費用の額の受領は、上記の口座名義人に委任します。 _____ 印

保険者記入欄

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				