介護保険　居宅介護サービス費等支給申請書

（あて先）
札幌市　　区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ		申請年月日	令和　　年　　月　　日
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
被保険者住所	〒 電話番号		
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

費目	・居宅介護サービス費　・居宅介護サービス計画費 ・介護予防サービス費　・介護予防サービス計画費　・施設介護サービス費 ・地域密着型介護サービス費　・地域密着型介護予防サービス費 ・特定入所者介護サービス費　・特定入所者介護予防サービス費 ・特例居宅介護サービス費　・特例居宅介護サービス計画費 ・特例介護予防サービス費　・特例介護予防サービス計画費　・特例施設介護サービス費 ・特例地域密着型介護サービス費　・特例地域密着型介護予防サービス費 ・特例特定入所者介護サービス費　・特例特定入所者介護予防サービス費
利用月	年　　月利用分
支払金額合計	円

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人氏名			
	名義人住所			

注意：この申請書には、利用月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援（介護予防支援）提供証明書も併せて添付してください。

区役所記入欄

区分	支払方法変更	領収証確認	提供証明書確認	備考
1. 負担割合　1割				
2. 負担割合　2割	保険給付差止			
3. 負担割合　3割	有・無			
4. 給付額減額 3・4割				□個人番号確認