

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	カ イ コ タ 叻	申請年月日	令和元年 5月 1日									
被保険者氏名	介 護 太 郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	明・大 昭 2年 1月 2日	性別	男 ・女									
被保険者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目		電話番号 211-2547									
申請者氏名	ケアプランセンター介護	本人との関係	居宅介護支援事業所									
申請者住所	〒 060-0001 札幌市中央区北1条西3丁目	被保険者本人以外の方(家族、事業所)が申請する場合には、記入をお願いします。なお、委任状の提出は必要ありません。 被保険者本人が死亡されている場合は、代表相続人指定届を添付してください。										

費 目	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・居宅介護サービス費 <li style="width: 33%;">・居宅介護サービス計画費 <li style="width: 33%;">・施設介護サービス費 <li style="width: 33%;">・介護予防サービス費 <li style="width: 33%;">・介護予防サービス計画費 <li style="width: 33%;">・地域密着型介護サービス費 <li style="width: 33%;">・地域密着型介護予防サービス費 <li style="width: 33%;">・特定入所者介護サービス費 <li style="width: 33%;">・特定入所者介護予防サービス費 <li style="width: 33%;">・特例居宅介護サービス費 <li style="width: 33%;">・特例居宅介護サービス計画費 <li style="width: 33%;">・特例介護予防サービス費 <li style="width: 33%;">・特例介護予防サービス計画費 <li style="width: 33%;">・特例施設介護サービス費 <li style="width: 33%;">・特例地域密着型介護サービス費 <li style="width: 33%;">・特例地域密着型介護予防サービス費 <li style="width: 33%;">・特例特定入所者介護サービス費 <li style="width: 33%;">・特例特定入所者介護予防サービス費 				
利用月	平成 31年 3月利用分				
支払金額合計	10,000 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	札幌市役所 銀行 信用金庫 信用組合	本店営業部 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	1	2	3	4	5	6	7		
	9	8	7	6	3	2	1	2. 当座				
	フリガナ	カ イ コ タ 叻		3. その他								
	口座名義人氏名	介 護 太 郎										
名義人住所	札幌市中央区北1条西2丁目											

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	/			□個人番号確認
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				