

様式第17号（別表関係）

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）

		個人番号																	
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																
			被保険者番号																
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女															
住所	〒																		
	電話番号																		
支払金額合計	円																		
給付を受けようとするサービス費等の種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 特定入所者介護（介護予防）サービス費			<input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護（介護予防）サービス費															
	申請理由																		
大村市長様 上記のとおり、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 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（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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所	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						
	フリガナ 口座名義人								

市記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書 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			
2 支払方法の変更	有・無			
3 給付額減額	滞納保険料 有・無			

