

別記様式第31号（第19条関係）

介護保険 居宅（介護予防）サービス費等支給申請書

（ 年 月分）

介護 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				個人番号								
性別	男 ・ 女												
住所	〒												
	電話番号												
支払金額合計	円												
申請理由	-----												
	-----												
	-----												
長沼町長様													
<p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）サービス費、特別居宅介護（支援）サービス費、居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p>													
						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			
	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				
	介護 口座名義人		-----				

市町村記入欄

区分	保険料納付状況	領 収 証 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 給付額削減額	滞納保険料 有・無			