

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費
 居宅介護（介護予防）サービス計画費
 地域密着型（介護予防）サービス費
 施設介護サービス費

特例居宅介護（介護予防）サービス費
 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費
 特例地域密着型（介護予防）サービス費
 特例施設介護サービス費

支給申請書
(償還払い用)

(年 月分)

被 保 険 者 名				被 保 険 者 番 号										
フリガナ														
				生 年 月 日				年 月 日						
被 保 険 者 住 所														
福山市			町			丁目			番 号			番 地		
支 払 金 額 合 計														
円														
申 請 理 由														
※申請する項目に☑印をしてください。 <input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護（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"/> 居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費 <input type="checkbox"/> 地域密着型（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 特例地域密着型（介護予防）サービス費 <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費														
福 山 市 長 様 関係書類を添えて、上記保険給付費の支給を申請します。 なお、支給に際しては、次の口座に振り込んでください。 年 月 日 住所 市 町 丁目 番 号 申請者 郡 番 地 (被保険者) 名前 電話番号()														
振込 口座	金融機関名			本・支店(所)名			預金種別			口座番号(右づめで記入)				
	銀行：労働金庫 農協：信用金庫 漁協：信用組合			本店(所) 支店(所) 出張所			1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他							
	ゆうちょ	貯金種目		店名 コード	通帳記号				通帳番号(右づめで記入)					
	銀行の 場合	5 通常貯金(通常) 6 振替貯金(振替) 7 通常貯蓄貯金(通貯)	8 9 8	0 の										
口座名義人カナ (被保険者)														

【注意】 この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。その他必要に応じて、居宅介護（介護予防）提供証明書等を併せて添付してください。

提出者記入欄

区 分	名前・事業者等名称・連絡先
<input type="checkbox"/> 本人・家族	(名前)
<input type="checkbox"/> ケアマネ・施工業者	(事業者等名称)
<input type="checkbox"/> その他 ()	(連絡先)

※福山市記入欄（この欄は記入しないでください。）

受 付 時 確 認 欄				
受 付	添 付 資 料 確 認 欄	有	無	要介護度
<input type="checkbox"/> 介護保険課	領収証（フルネーム。原則本人名義）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支（ ）・介（ ）
<input type="checkbox"/> 保健福祉課	サービス提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	認 定 有 効 期 間
<input type="checkbox"/> 支所	サービス利用票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日～
受付者名	居宅介護（介護予防）提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日まで
	その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保険料滞納 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無