

介護保険給付費（償還払）支給申請書

フリガナ					被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者 氏 名					個 人 番 号			
生 年 月 日	年		月		日生			
住 所	〒							
	電話番号 ()							
支 払 金 額 合 計	円							
う ち 保 険 請 求 額	円		給付対象 年月		年 月分			
支 給 申 請 す る 給 付 費 の 種 類								
申 請 理 由								
<p>(宛先) 港 区 長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者(本人) 氏 名 _____ 電話番号 () _____</p>								

注意 ・申請の際には、サービス提供事業者が発行する「サービス提供証明書(居宅介護サービス計画費については「居宅介護支援(介護予防支援)提供証明書」)」及び領収証(当該サービス提供が明示されたもの)を添付してください。

・この申請書は、給付対象年月及び給付費の種類ごとに1枚提出してください。

[港区記入欄]

添 付 書 類	領収証					枚	確 認	認定期間	保険請求額		受 付
	サービス提供証明書					枚					
	<input type="checkbox"/> 口座確認								支 1 2 3 4 5	給付制限	
処 理	受付者	申請入力	国保連送付	決裁入力	支給決定金額						
		/	/	/							