

第18号様式(第14条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払用)(年 月分)

フリガナ			保 険 者 番 号												
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号												
			個 人 番 号												
生 年 月 日	年	月	日	要介護度等											
認定有効期間	～														
住 所	〒 電話番号														
申 請 理 由															
支払金額合計	円														
(宛先) 寒川町長 上記のとおり、関係書類を添えて 居宅介護(介護予防)サービス費、特例居宅介護(介護予防)サービス費、地域密着型介護(介護予防)サービス費、特例地域密着型介護(介護予防)サービス費、居宅介護(介護予防)サービス計画費、特例居宅介護(介護予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名															

注 ・この申請書の裏面に、該当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提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)														
	☐ 振込口座を指定する														
口 座 振 込 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 農 協				本 店 支 店			種 目		口 座 番 号					
	金融機関コード				店舗コード			1 普通 2 当座預金 3 その他							
	ゆうちょ銀行				記 号						番 号				
	フリガナ														
	口座名義人														