

第 12 号様式(第 10 条関係)

介護保険 居宅介護・地域密着型介護・介護予防・地域密着型介護予防

サービス費支給申請書

(宛先) 春日井市長

次のとおり居宅介護・地域密着型介護・介護予防・地域密着型介護予防サービス費の支給について申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
-------	--	-------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号					
	フリガナ		生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日	性 別	男 女
	氏 名				歳		
	住 所	電話番号 — —					

期 間	年 月 日 から	年 月 日まで
	指定居宅サービス等の種類	支 払 金 額
		円
		円
	支 払 金 額 合 計	円

備考 1 この申請に係る領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

支給金額の受領に関する権限について下記の者に委任します。被保険者氏名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 被保険者との関係 _____

居宅介護・地域密着型介護・介護予防・地域密着型介護予防サービス費を下記の口座に振り込んでください。(いずれかに☑してください。)

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (マイナポータル等で事前に公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。) ※ 市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。		
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(以下に口座情報を記入してください。)		
金 融 機 関	種 目	口 座 名 義 人
銀行 信用金庫 農 協	普通 当座	フリガナ
支 店 出張所	口 座 番 号	氏名

ここから下は記入しないでください。

資格	状 態	区 分	納付	保険料納付状況	添付書類	区分	受 付	入 力	内 容 確 認
1号	要支援 1 2	1 一般	未納	未納 有・無	領収書 サービス提供証明書	振込			
2号	要介護 1 2 3 4 5	2 支払方法変更 3 給付額減額	滞納	滞納 有・無		現金			