

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
		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。(該当するものを○で囲む)

金 融 機 関	種 目	口 座 名 義 人	
.....	普通 当座	フリガナ
銀行 信用金庫 農 協	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 要介護	1 一般	未納	未納 有・無	領収書	振込			
2 号	1 2 3 4 5	2 支払方法変更 3 給付額減額	滞納	滞納 有・無	サービス提供証明書	現金			