

介護保険居宅介護サービス費等支給申請書

フリガナ			保険者番号			2	7	1	0	0	7
被保険者氏名			被保険者番号								
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生		性 別	男 ・ 女							
住 所	電話番号 ()										
支 払 金 額 合 計	金 円										
支給申請の内容	☐居宅介護サービス費 ☐特例居宅介護サービス費 ☐地域密着型介護サービス費 ☐特例地域密着型介護サービス費 ☐居宅介護サービス計画費 ☐特例居宅介護サービス計画費 ☐施設介護サービス費 ☐特例施設介護サービス費 ☐特定入所者介護サービス費 ☐特例特定入所者介護サービス費 ☐居宅介護予防サービス費 ☐特例介護予防サービス費 ☐地域密着型介護予防サービス費 ☐特例地域密着型介護予防サービス費 ☐介護予防サービス計画費 ☐特例介護予防サービス計画費 ☐特定入所者介護予防サービス費 ☐特例特定入所者介護予防サービス費 ☐に✓をつけてください。										
支給申請の理由											
大 阪 市 長											
上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護サービス費等の支給を申請します。											
年 月 日											
申請者 住所											
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を併せて添付してください。

(市 記入欄)

提出者	委任状	提出者の確認	課長	課長代理	担当係長	係員
☐ 本人 ☐ 家族・親族 ☐ 代理人 ☐ 事業所 ☐ 成年後見人 ☐ その他 ()	☐ あり ☐ なし 提出方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他	決 裁 欄			
区 分	保険料納付状況	領収書確認欄	サービス提供	備 考		入力
1 一般	未納保険料					
2 支払方法の変更	有・無 滞納保険料					
3 給付額減額	有・無					