

# 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									
						個人番号									
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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス費  <input type="checkbox"/> 特例居宅介護サービス費  <input type="checkbox"/> 地域密着型介護サービス費  <input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護サービス費  <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画費  <input type="checkbox"/> 特例居宅介護サービス計画費  <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費  <input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費  <input type="checkbox"/> 特定入所者介護サービス費  <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護サービス費                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 居宅介護予防サービス費  <input type="checkbox"/> 特例介護予防サービス費  <input type="checkbox"/> 地域密着型介護予防サービス費  <input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護予防サービス費  <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画費  <input type="checkbox"/> 特例介護予防サービス計画費  <input type="checkbox"/> 特定入所者介護予防サービス費  <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護予防サービス費                 </div> </div>														
支給申請の理由	<hr/> <hr/>														
<p>大 阪 市 長</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">氏名印 </p>															

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。  
(利用者負担割合の変更の場合は不要)

(市 記入欄)

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

区 分	保険料納付状況	領収書確認欄	サービス提供証明証確認欄	備 考
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額 4 負担割合の変更	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			

決 裁 欄	課 長	課長代理	担当係長	係 員

入 力	局送付
/	/