

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 (□に✓をつけ てください。)	<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					<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				
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)

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	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			
2 支払方法の 変更				
3 給付額減額				

決 裁 欄	課長	課長代理	担当係長	係員	
					入 力
					/