

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	271007						
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
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。〕	☐ 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				
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	決裁欄	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 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ その他					
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 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無						