様式第28号(第30条、第35条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(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、居宅介護（予防）サービス計画費、特例居宅介護(予防)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(予防)サービス費、特例特定入所者介護(予防)サービス費、市町村特別給付費 | 支給申請書兼請求書  (償還払用) |

（　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | 被保険者番号 | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 生　年　月　日 | 年　　月　　日生 | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 本人支払額 |  | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 支給金額  請求金額 |  | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）かすみがうら市長  上記のとおり、関係書類を添えて申請（請求）します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　者 | | 氏名 |  |  | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も  
併せて添付してください。

・市町村特別給付費については被保険者証を提示し、該当月分の領収書を添付してください。

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | 種　　目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険者記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　分 | | | 保険料納付状況 | | | | 領収証  確認欄 | | | サービス  提供証明書  確認欄 | 備　　考 | | | | | | |
| 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 | | | |  | | |  |  | | | | | | |