

介護保険 **居宅介護**・介護予防サービス費等 支給申請書

フリガナ	カイゴ タロウ		被保険者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
氏名	介護 太郎												
生年月日	明治・大正・昭和 10 年 10 月 10 日												
サービスを利用した年月	令和 3 年 12 月												
サービス事業者名	サービス種類	支払い金額	償還払いの支給申請理由										
〇〇指定訪問介護事業所	訪問介護	4,500	ケアプランにないサービスを利用したため										
合計		4,500											

(あて先) 仙台市区長

上記のとおり、関係書類を添えて(該当するものに○をつけてください。)

要支援1・2の方	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 ・ 介護予防サービス計画費 ・ 特例介護予防サービス計画費
要介護1～5の方	居宅介護サービス費 ・ 特例居宅介護サービス費 ・ 地域密着型居宅介護サービス費 ・ 居宅サービス計画費 ・ 特例居宅サービス計画費 ・ 施設介護サービス費 ・ 特例施設介護サービス費

の支給を申請します。

令和 4 年 4 月 14 日

申請者 (住所) 仙台市青葉区△町×丁目○番□号
(電話番号) 022(214)〇〇〇〇

(氏名) 介護 太郎

この申請書に、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、介護予防支援提供証明書を添付してください。

居宅介護(支援)サービス費等を下記の口座に振り込み願います。

口座振込 依頼欄	○ △	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 出張所	種別	口座番号								
	金融機関コード		店舗コード	1普通預金 2当座預金	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	カイゴ タロウ											
	口座名義人	介護 太郎											

処理欄	償還払いの区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 支払い方法変更 <input type="checkbox"/> 給付額減額		
	資格・認定状況	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)	
	保険料納付状況	未納保険料(有・無) 滞納保険料(有・無)		
	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> サービス提供証明書		
	備考	収受		

決裁欄	
課長	
係長	
係員	