

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所
申請者
氏名

印

介護保険 支給申請書

居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費
地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費
居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（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（介護予防）サービス費、特例特定入所者介護（介護予防）サービス費

(年 月分)

浜松市介護保険条例施行規則第6条の2の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）サービス費・特例居宅介護（介護予防）サービス費・地域密着型介護（介護予防）サービス費・特例地域密着型介護（介護予防）サービス費・居宅介護（介護予防）サービス計画費・特例居宅介護（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（介護予防）サービス費・特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。

記

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号					
フリガナ		2 2 1 3 0 9					
		被 保 険 者 番 号					
住 所	〒	電話番号 ()					—
支払金額合計	円						
申請理由							

(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（介護予防支援）提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所		口座種別	口 座 番 号			
	金融機関 コード		店舗 コード		1 普通預金				
	フリガナ				2 当座預金				
口座名義人				3 ()					

浜松市記入欄

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			