

(あて先) 浜松市長

住所
申請者
氏名

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費特例支給申請書
(年 月分)

特定入所者介護（介護予防）サービス費の特例支給を受けたいので、介護保険法施行規則第 8 3 条の 8 第 2 項及び第 9 7 条の 4 において準用する同令第 8 3 条の 8 第 2 項の規定により、次のとおり申請します。

記

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号					
フリガナ							
		個 人 番 号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生						
住 所	〒 電話番号 () ー						
支払った食費等	支 払 っ た 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	支 払 っ た 食 費 の 金 額	円					
	支 払 っ た 居 住 費 又は 滞 在 費 の 金 額	居室の種類： 円					
入 所 (院) 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
介護保険施設の 所在地及び名称	〒 電話番号 () ー						
負担限度額認定証 ※既に交付を受けて いる方のみ記入	交付年月日	年 月 日					
	適用年月日	年 月 日					
負担限度額の認定 申請又は負担限度 額認定証の提出が できなかった理由							

(注意) この申請書に該当月分の領収証（原本）を添えて申請してください。

上記の特定入所者介護（介護予防）サービス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 2 当座預金 3 ()		
	フリガナ 口座名義人						

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			