

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書 (償還払用)

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

〒

住所 鎌倉市

申請者 (被保険者) 氏名

電話

次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請区分		<input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス費 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護 (介護予防) サービス費 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス計画費 <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 <input type="checkbox"/> 第1号訪問・通所事業費			
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号		
	氏名		個人番号		
			生年月日	年	月
	住所				
支払金額合計		円 ( 年 月分)			
申請理由		<input type="checkbox"/> ケアプランの作成をしていなかったため <input type="checkbox"/> 認定結果が確定していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
下記の口座に振り込んでください。					
振 込 口 座	金融機関名 [コード]	[ ]	支店名 [コード]	[ ]	
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
			口座番号		

【事務処理欄】

未納保険料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	滞納保険料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
要介護度	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日

添付書類

- 1 領収証
- 2 サービス提供証明書
- 3 ケアプラン (申請理由が「ケアプランの作成をしていなかったため」のとき)