

様式第20号（第24条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ		個人番号																	
被保険者氏名		保険者番号																	
		被保険者番号																	
生年月日	年 月 日																		
住所	〒 電話番号																		
支払金額合計	円																		
申請理由	-----																		

<p>和光市長 様</p> <p>居宅介護（介護予防）サービス費、特別居宅介護（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、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>																			

備考 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。

給付費を下記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 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
口座名義人						

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	未納保険料 有・無			
2 支払方法の変更	滞納保険料 有・無			
3 給付額減額	有・無			