

介護保険在宅復帰支援サービス費, 在宅介護支援訪問介護サービス費支給申請書

(償還払い用)

(年 月 分)

フリガナ							保険者番号	0	8	2	3	2	1
被保険者氏名							被保険者番号						
生 年 月 日	年 月 日生						性 別	男 ・ 女					
住 所	〒												
	電話番号												
支払金額合計	円												
申 請 理 由	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>神栖市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて在宅復帰支援サービス費, 在宅介護支援訪問介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 印 電話番号</p>													

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収書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貼付してください。

上記の給付金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 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	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 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

市記入欄

保険料納付状況	サ ー ビ ス 提 供 証 明 書 確 認 覧	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		