

様式第36号(第32条関係)

堺市介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払用)

(年 月分)

フリガナ		保険者番号		2	7	1	4	0	3
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
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>堺市長殿</p> <p>上記のとおり、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・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・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)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏 名 (※)</p> <p>電話番号</p>									

注意

- この申請書に当該月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護(介護予防)支援提供証明書も併せて添付してください。
- (※)において、申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。
- 口座振込依頼欄には、被保険者名義の口座を記入してください。口座名義人が被保険者と異なる場合は、別途口座振込依頼書が必要です。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (被保険者 の口座)	銀行・農協 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								