

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等償還払い支給申請書（      年      月分）

|   |                 |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|---|-----------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ  |                 |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名  | 保険者番号           |  |  |  |  |  | 4 | 6 | 2 | 0 | 1 | 0 |
|   | 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  |                 |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 鹿児島市長 殿<br><br>上記のとおり、関係書類を添えて<br>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、地域密着型居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型居宅介護（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、特定入所者介護（予防）サービス費、特例特定入所者介護（予防）サービス費の支給を申請します。<br><br>年      月      日<br><br>住所<br><br>申請者      氏名      電話番号 |                 |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |

注 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（介護予防）支援提供証明書も併せて添付してください。

利用する口座をどちらか1つ選択し、を入れて必要事項を記入してください。

|                          |        |  |  |  |       |  |                 |  |      |  |  |  |
|--------------------------|--------|--|--|--|-------|--|-----------------|--|------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 公金受取口座 | マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。<br>受任者（代理人等）の個人番号 |  |  |       |  |                 |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 振込先口座  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協   |  |  |       |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |      |  |  |  |
|                          |        | 金融機関コード  |  |  | 店舗コード |  | 預金種目            |  | 口座番号 |  |  |  |
|                          |        |  |  |  |       |  | 普通・その他          |  |      |  |  |  |
|                          |        | 口座名義人（フリガナ）  |  |  |       |  |                 |  |      |  |  |  |

市記入欄

# 委任状

受任者  
(代理人) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の者を代理人と定め、私の令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分 \_\_\_\_\_ 費に

係る介護給付費の申請・請求・受領に関する一切を委任します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

鹿児島市長 殿

委任者  
(被保険者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 被保険者名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。