別記様式第21号(第21条関係)

介護保険介護(支援)サービス費等支給申請書(償還払用)

(　　　年　　月利用分)

　　(宛先)和歌山市長

　次のとおり、関係書類を添えて居宅介護(支援)サービス費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | | | 申請日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　― | | | 連絡先 | | | (　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | 被保険者  番　　号 | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 氏名 |  | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| 住所 | 〒　　― | | |
| 生年月日 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担割合 | | (　　)　割 | | 要介護度 | | | 要支援・要介護(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 償還払い該当利用サービス | | □　訪問介護  □　訪問看護  □　通所介護(通所リハビリテーション)  □　短期入所生活(療養)介護  □　福祉用具貸与  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | サービス利用日 | | ※利用日をすべて記入してください  (　　)月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | | | 2 | | | 3 | | | | 4 | | 5 | | | | 6 | | | 7 | | |  | |
| 8 | | | 9 | | | 10 | | | | 11 | | 12 | | | | 13 | | | 14 | | |
| 15 | | | 16 | | | 17 | | | | 18 | | 19 | | | | 20 | | | 21 | | |
| 22 | | | 23 | | | 24 | | | | 25 | | 26 | | | | 27 | | | 28 | | |
| 29 | | | 30 | | | 31 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 支払金額  (10割分) | | 円 | | ※保険者記入欄 | | 利用実日数 | | | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給される金額の受領を次の者に委託します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (被保険者)  　氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | (受領者)  住所  氏名  　　　被保険者との続柄(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※振込先の口座が被保険者の名義と異なる場合、必ず記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　支給される介護(支援)サービス費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 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。  （利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。） | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | 銀行  信用金庫  農協 | 金融機関コード | | | | 店舗名称 | | 本店  支店  出張所 | | | | | 店番 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種目 | 1　普通　　　2　当座　　　3　貯蓄 | | | | | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

※保険者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (未納・滞納)保険料　　　　有・無 | | | | | | | | | | | | (一部・全部)　納付　　　　　　円 | | | | | | | |
| 処理欄 | 履歴 | 有・無 | | | 対象残額(　　　　　　円) | | | | | | | 決定 |  | | | | | | |
| 給付年月 |  |  |  |  |  | 支払区分 | | |  |  | 備考 |  | | | | | | |
| 整理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給額 |  |  |  |  |  |  | 円 |