

第5号様式（第13条関係）

大田区介護保険 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、特例施設介護サービス費、特定入所者介護・介護予防サービス費、特例特定入所者介護・介護予防サービス費

支給申請書

フリガナ		性別	保険者番号												
被保険者氏名		男・女	被保険者番号												
			個人番号												
生年月日	年 月 日		要介護状態区分	要支援 要介護1・2・3・4・5											
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで														
支払金額合計	円 (年 月分)														
申請理由															
(宛先) 大田区長 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、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、特例施設介護サービス費、特定入所者介護・介護予防サービス費、特例特定入所者介護・介護予防サービス費の支給の申請をし、次の口座への振込みを依頼します。 年 月 日 住所 _____ 申請・依頼者 (被保険者) 氏名 _____ ㊞ 電話番号 () _____															

備考 この申請書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を添付の上、提出してください。

口座振替	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											
依頼欄	フリガナ														
	口座名義人 (被保険者)														

大田区記入欄

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