別記第32号様式(第23条第1項)

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

(　　　　年　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一宮町長　様  　　下記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・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。

　上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 農協  銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本店(所)  支店(所)  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1普通預金  2当座預金  3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  2　支払方法の変更  3　給付額減額 | 未納保険料有・無  滞納保険料有・無 |  |
|  |  |